

ANNEE 1970

THESE

N^o

173

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Jean-Pierre FIEVET

Né le 21 septembre 1940 à Courbevoie (SEINE)

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**A PARTIR DE L'OBSERVATION DE MANIFESTATIONS
HYSTERIQUES EN MILIEU TUNISIEN, ETUDE DES RELATIONS ENTRE
L'HYSTERIE ET LA CULTURE**

Président : M. PICHOT, Professeur

ANNEE 1970

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Jean-Pierre FIEVET

Né le 21 septembre 1940 à Courbevoie (SEINE)

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**A PARTIR DE L'OBSERVATION DE MANIFESTATIONS
HYSTERIQUES EN MILIEU TUNISIEN, ETUDE DES RELATIONS ENTRE
L'HYSTERIE ET LA CULTURE**

Président : M. PICHOT, Professeur



A Monsieur le Professeur PICHOT

Professeur de Psychologie Médicale

Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

A Monsieur le Professeur COLLOMB

Professeur à la Clinique Neuro-Psychiatrique
de la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Dakar.

Qui m'a inspiré ce travail.

A notre Maître le Docteur Jean RAINAUT

Auprès duquel nous nous sommes
initiés.

En témoignage de reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A nos Maîtres de l'Internat des Hôpitaux Psychiatriques
de la Seine,

Monsieur le Docteur CENAC-THALY

Monsieur le Docteur MAZARS

Monsieur le Docteur PARIENTE

Monsieur le Docteur ROELENS

A Madame le Docteur Charlotte CROZET

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Auprès de laquelle nous avons
trouvé aide et soutien.

Ma profonde reconnaissance.

A notre Maître le Docteur BEN SOITANE

Médecin - Directeur de l'Hôpital RAZI

Auprès duquel, grâce à son
soutien chaleureux, nous avons pu
ébaucher cette étude.

A nos amis tunisiens,

Monsieur le Docteur LOUSSAIEF

Monsieur le Docteur M. BAREK

Monsieur le Docteur OUAHCHI

Monsieur le Docteur SAIED

En reconnaissance de la sympathie
qu'ils nous ont montré lors de notre
séjour en Tunisie.

A mes parents,

A ma femme,

A tous mes amis.

P L A N

- INTRODUCTION
 - HISTOIRE PARALLELE DE LA RECHERCHE ETHNO-PSYCHIATRIQUE ET DU CONCEPT D'HYSTERIE DEPUIS LA FIN DU XIXème SIECLE.
 - L'EVOLUTION CULTURELLE ACTUELLE EN TUNISIE.
 - 1 - La Société globale, la famille, la femme.
 - 2 - La médecine.
 - 3 - L'hystérie.
 - QUELQUES OBSERVATIONS D'HYSTERIE EN MILIEU HOSPITALIER
 - 1 - Le contexte
 - 2 - Les observations cliniques.
 - ANALYSE DE NOS OBSERVATIONS
 - 1 - Qu'avons-nous observé ?
 - 2 - Le Stembali
 - 3 - Les diverses interprétations des faits.
 - 4 - L'identité de la névrose avec l'hystérie "classique".
 - 5 - La culture s'inscrit au niveau de la forme du trouble.
 - CONCLUSIONS
 - BIBLIOGRAPHIE
-

INTRODUCTION

C'est à partir d'une expérience personnelle, vécue au sein de la société tunisienne, durant les années 1967-1968, au titre de médecin coopérant dans l'unique hôpital psychiatrique de Tunisie, l'hôpital RAZI à la MANOUBA, que nous avons été, dans un premier temps, attiré par la fréquence et le caractère si spectaculaire des manifestations hystériques présentées par la population tunisienne, et dans un second temps, engagé à tenté d'élargir le problème, à partir de cette expérience concrète, à celui, plus vaste, des rapports de l'hystérie avec la culture.

Ainsi qu'il apparaîtra au cours de cette étude, bon nombre de théories se sont confrontées et affrontées sur ce point. Nous aurons donc souvent à revenir et insister sur l'aspect dynamique et évolutif, suivant les écoles et suivant les époques, des concepts d'hystérie et de culture, ainsi que de leurs rapports dialectiques.

Il ne s'agira évidemment pas d'apporter ici une réponse exhaustive à cette question mais plutôt de dresser un bilan des recherches et conceptions et de voir comment celles-ci peuvent expliquer et plus ou moins intégrer les faits révélés lors de nos observations. Si d'aventure nous aboutissions à des impasses ou contradictions, nous tenterions à partir de là, de reformuler les questions, voire de nous risquer à certaines réponses.

Comme nous le verrons par la suite, il semble bien que ce problème précis des rapports de l'hystérie avec la culture soit un problème envisagé assez récemment à partir des observations et recherches de la jeune ethno-psychiatrie et que cette démarche s'intègre dans un courant beaucoup plus vaste de remise en question systématique de nos critères de classification nosographique et de la notion même de maladie.

Nous nous efforcerons cependant de rester dans les limites tracées et imposées par la brièveté et la modestie de notre expérience et par le caractère fragmentaire et nécessairement incomplet de nos observations.

Avant d'en arriver à l'exposé de celles-ci il nous paraît donc opportun de les situer dans leur contexte socio-culturel; cette démarche fera donc l'objet d'un chapitre ultérieur.

Au préalable, et plus globalement, cette étude s'inscrit dans le cadre des recherches ethno-psychiatriques dont il nous faut bien dans un premier temps tenter de dresser les limites actuelles et donc essayer d'en retracer l'histoire.

HISTOIRE PARALLELE DE LA RECHERCHE ETHNO-PSYCHIATRIQUE ET DU CONCEPT

D'HYSTERIE DEPUIS LA FIN DU XIX^{ème} SIECLE.

Si en effet la réflexion psychiatrique sur l'ethnologie, à la fin du XIX^{ème} siècle et au tout début du XX^{ème}, a été le fait de cliniciens isolés (KRAEPELIN, FREUD) donnant lieu parfois à des synthèses fort audacieuses et par la même très controversées (cf. totem et tabou), il faut attendre les vingt dernières années pour voir se constituer un assez vaste mouvement plus coordonné, orientant sa recherche sur ce qu'on nommera selon l'époque ou l'école : ethno-psychiatrie, psychiatrie transculturelle, anthropologie culturelle, psychiatrie comparée ...

Voie de rencontre de deux sciences jusqu'alors distinctes, psychiatrie et anthropologie, cette fusion ne s'effectuera pas sans heurts, ni divorces, le terrain d'entente restant d'ailleurs encore à définir.

Que ce soit KRAEPELIN qui, après avoir édifié son cadre nosologique désormais classique, ait cherché sur la fin de sa vie à confirmer "sur le terrain" l'universalité des entités morbides qu'il avait décrites, en effectuant ce que BENOIT appelle "une sorte de voyage psychiatrique de vérifications, voyage qui t'aurait convaincu que la psychiatrie est la même partout", que ce soit l'incursion de la pensée et de la méthode analytique d'un FREUD, puisant pour sa part dans les récits des ethnologues de l'époque, on assiste à la fin du siècle dernier à un essai d'ouverture vers l'extérieur du cadre psychiatrique classique occidental, ouverture liée pour une grande part à l'énorme développement colonial des sociétés européennes.

Il serait aujourd'hui facile de montrer ce en quoi ces deux démarches ont pu pêcher : projection systématique de ses conceptions sur une masse de faits envisagés sans remise en cause de ses propres références pour KRAEPELIN; adhésion tacite aux thèses évolutionnistes alors en vigueur pour FREUD avec la caricature maintes fois dénoncée comme occidento-centriste du parallélisme si évocateur entre le "primitif", l'enfant et le névrosé. Ces thèses évolutionnistes remises en question, les adversaires de FREUD auront beau jeu de lui faire partager leur déroute sans tenir compte de l'aspect positif et original de son approche.

Et si jusqu'alors le psychiatre n'avait fait que reprendre pour son propre compte et en fonction de son propre système signifiant le matériel fourni par l'observation ethnographique, il fut bientôt jugé comme nécessaire que son information soit plus directe et objective et nul doute qu'en cela l'observation "sur le terrain" se soit fait sentir comme une panacée. D'autant qu'à cette même époque, aux alentours de 1930, les ethnologues réagissaient violemment aux intrusions jugées inopportunes des psychiatres dans leur domaine et contrattaquaient, preuves en mains, en déniaient toute valeur aux explications freudiennes, entr'autres.

Cet antagoniste va se trouver en quelque sorte concrétisé par la désormais très célèbre querelle opposant MALINOVSKI à JONES. Issue d'une fort brève annotation d'apparence anodine au bas d'une page d'observation ethnologique sur une tribu mélanésienne, les Trobriandais, cette querelle va à la fois servir de catalyseur à l'engouement des psychiatres pour la recherche ethnologique et permettre d'établir une démarcation fort nette entre les tenants d'un culturalisme, héritier de MALINOVSKI et ceux d'un "biologisme" rallié aux théories freudiennes dites "orthodoxes".

Il nous paraît donc utile de rappeler les origines du débat et, au préalable, de bien préciser, qu'utilisant pour sa propre recherche les méthodes et concepts de la psychanalyse, MALINOVSKI cherchait à la confronter avec les réalités concrètes d'une société primitive ainsi qu'il le rappelle à plusieurs reprises : "Je me suis mis à vérifier la théorie de FREUD d'après laquelle les rêves seraient l'expression des

désirs "réprimés" de l' "inconscient", la négation pour ainsi dire, des principes et de la morale reconnus et officiels..." et plus loin "que je fus obligé, au cours de mon enquête de rejeter de la doctrine psychanalytique plus que je n'ai pu en accepter, cela ne diminue en rien mon obligation envers elle".

Ainsi il avait pu définir sa méthode, la méthode fonctionnaliste comme posant "pour principe que dans tous les types de civilisation, chaque coutume, objet, idée et croyance remplit quelque fonction vitale, a une tâche quelconque à accomplir, représente une partie indispensable de l'ensemble de l'appareil" et rappeler que le fonctionnalisme était "la théorie de la transformation des besoins organiques, c'est à dire individuels, en impératifs sociaux découlant de ces besoins", thèse bien proche de celle de FREUD.

Et lorsque MALINOVSKI eut découvert ce qui constitue l'essentiel de la controverse à savoir que le complexe d'Oedipe n'existait pas dans la société matrilineaire avec avunculat des Trobriantais et qu'en conséquence la haine du fils se reportait sur l'oncle et le tabou de l'inceste visait les rapports entre le frère et la soeur, il lui sembla vérifier là le bien-fondé des hypothèses freudiennes et écrivit à ce propos que "cette doctrine nous permet de découvrir le rôle que jouent les tendances instinctives et affectives dans la société". Les disciples de FREUD ne l'entendirent pas de cette oreille et JONES en particulier l'accusa de "refoulement du complexe d'Oedipe" et de ne pas avoir vu qu'en fait cette haine de l'oncle et ce tabou de l'inceste frère-soeur n'étaient là que pour mieux masquer la rivalité entre le père et le fils, le complexe d'Oedipe demeurant au centre de la psychologie des peuples.

Par ailleurs, assortie à la découverte de MALINOVSKI et directement reliée à elle, se trouvait également l'assertion que dans une telle organisation sociale la maladie mentale n'avait pas cours.

Cette nouvelle révélation allait servir de fascination pour tout un courant de recherche ethno-psychiatrique qui dès lors pris une certaine ampleur.

Et ce n'est pas le moindre des paradoxes que de voir des psychanalystes, pour la plupart formés aux U.S.A. venir relayer le fonctionnalisme de MALINOVSKI et alimenter une tendance culturaliste, s'engageant comme il se devait, dans la recherche "sur le terrain". Il est bien certain qu'une telle démarche ne pouvait que tendre à s'obnubiler sur le réalisme des faits bruts, à l'exotisme si souvent prégnant, et à occulter ou renier purement et simplement une dimension essentielle de l'analyse, celle du fantasme.

Qu'il s'agisse de Karen HORNEY, d'Erich FROMM, de SULLIVAN, de KARDINER, chaque fois l'accent est porté sur le pôle culturel au détriment du pôle instinctuel dans le déterminisme évolutif de tout comportement humain.

La méthode prônée, héritée pour moitié des exigences scientifiques de l'approche ethnologique et pour autre moitié du maniement de l'outil psychanalytique, commandera d'observer le développement psycho-affectif de l'individu en fonction des institutions et systèmes collectifs. Ainsi KARDINER dans l' "Individu dans sa société" étudiera ce qu'il nomme les "disciplines de base", à savoir l'allaitement, le sevrage, le contrôle sphinctérien, les disciplines sexuelles, en précisant bien que "tous ces phénomènes sont des institutions" et il ajoute "c'est l'institution qui crée les conditions avec lesquelles l'individu est aux prises et toutes les variations individuelles de réactions doivent être évaluées et standardisées sur le fond de ces institutions".

De même la société globale sera examinée selon les mêmes principes d'observation objective et de placage systématique du modèle analytique transposé à cette fin.

Les notions de refoulement, frustration, identification... et autres termes empruntés au vocabulaire analytique ne prendront alors tout leur poids que s'ils reposent sur des faits précis, concrètement repérables, en fonction de l'option radicalement réaliste de la démarche.

Se dégagera la notion de "culture" définie par KARDINER comme "somme globale des attitudes, des idées et des comportements partagés et transmis par les membres d'une société en même temps que les résultats matériels de ces comportements, les objets manufacturés" ou encore "ce qui fait la culture c'est la manière dont sont retenues certaines réponses parmi toutes celles que les individus peuvent apporter à un petit nombre de situations constantes", par WALTER comme "expérience du passé intervenant comme un déterminant de pensée et d'action dans le présent et impliquant évidemment une importante relation à l'avenir du groupe", par HERSKOVITS comme "élément appris du comportement humain" et par R. BENEDIKT comme "science de la coutume".

Se dégagera également le concept plus opérationnel de "personnalité de base" envisagé comme constellation des caractéristiques de la personnalité qui apparaissent comme congénitalement liés à l'ensemble des institutions que comporte une culture donnée", ces caractéristiques résultant de l'interaction du milieu et de l'individu, la culture induisant l'apparition "d'institutions primaires" ou "formatives" (la famille, le système de nutrition, l'hygiène, la discipline infantile) et l'individu déterminant la formation, d' "institutions secondaires" ou "expressives" (la religion, les rituels et tabous, etc...).

On en arrive également à des conceptions très relativistes quant aux différentes cultures observées. De même à l'intérieur de chaque culture, le même relativisme est retrouvé quant aux relations de celle-ci avec la maladie mentale. L'éternel problème de la frontière entre normalité et anormalité était de nouveau soulevé et résolu dans la mesure où l'on admettait que ces notions étaient éminemment fluctuantes et variaient dans une très large mesure d'une culture à l'autre. Ce relativisme culturel, R. BENEDIKT l'expliquait par la sélection opérée par des modèles culturels ou "patterns" à partir de la multitude des possibilités de comportements humains, en fonction de leur adaptation spécifique à la vie d'un groupe. Ainsi R. BENEDIKT pouvait étendre à toute une culture les catégories nosographiques classiques et étudiant la société KWAKIUTU parlait de "société paranoïaque", de même les Pueblos étaient qualifiés

"d'hystériques" et plus globalement elle distinguait les cultures dites "dionysiennes" des cultures "appolloniennes" suivant que les membres qui les composaient étaient gouvernés de façon prédominante par le "principe de plaisir ou par celui de "réalité".

Par la même démarche de transposition des concepts de psychologie individuelle à la psychologie sociale, par le truchement du langage psycho-pathologique, Erich FROMM tentera de fonder les critères d'un "caractère national".

Parallèlement les facteurs biologiques et individuels se trouveront écartés dans l'explication des comportements humains normaux ou pathologiques, et ainsi K. HORNEY envisagera l'anxiété comme n'étant "pas nécessairement sexuelle" et venant "surtout de la part de l'environnement et de l'hostilité du milieu". Elle dira de même : " la névrose apparaît comme une forme particulière de lutte pour la survie dans des conditions difficiles" reprenant en cela la position de M. MEAD qui affirmait "les maladies mentales sont donc la conséquence du heurt de deux pulsions sociales antagonistes et non d'un heurt du sexuel contre la censure sociale".

Ces rappels théoriques étant faits il devient facile de montrer comment selon l'école culturaliste tel désordre psychique prendra sa source dans un tel contexte culturel et ainsi, pour reprendre quelques exemples bien connus, comment chez les Tanala de Madagascar, étudiés par R. LINTON, le système patriarcal particulièrement rigoureux et refoulant favorisera l'apparition de manifestations hystériques chez la jeune fille, de même Margaret MEAD étudiant trois types de sociétés féminines retrouvera en fonction de la présence ou de l'absence de frustrations orales plus ou moins précoces lors de l'allaitement de l'enfant, le développement de traits de personnalité plus ou moins agressifs; ailleurs, KARDINER établira un rapport causal étroit entre la personnalité anxieuse des Marquisiens et la menace de disette permanente que l'on retrouve exprimée plus ou moins symboliquement dans diverses institutions et mythes de cette société.

Les réactions et objections suscitées par ces recherches, souvent qualifiées de "néo-freudiennes" ne seront pas des moindres. Citons les principales :

Ce sera d'abord et avant tout la réaction analytique dite "orthodoxe". Critique sur la méthode toute fascinée par le réalisme de l'expérience vécue ou se dissimule souvent assez mal un arrière-goût d'exotisme, méthode trop centrée sur l'histoire brute du sujet confondant "l'histoire du traumatisme" et le vécu traumatique de l'histoire" (BRISSET).

Critique aussi dans l'interprétation des faits observés, entrevue d'ailleurs par KARDINER lui-même qui reconnaissait que : "dans nos hypothèses sur la personnalité de base on n'a pas tenu assez compte du rôle du père. Ceci semble être la variable dans la structure caractérielle de l'homme". Plus globalement, FENICHEL , voyait dans cette nouvelle doctrine un redécoupage entre l'âme et le corps. Enfin et surtout l'influence déterminante de la sexualité était remise en cause ainsi que l'universalité du complexe d'Oedipe qui, pour les freudiens orthodoxes, fondait en quelque sorte l'unité du psychisme humain. Sur ces divers points les positions freudiennes étaient connues et inflexibles : la culture n'était "qu'un produit de la répression des instincts", thèse reprise et complétée dans Malaise dans la Civilisation où FREUD affirmait que la civilisation ne vivait que "de l'impôt sur l'énergie", sous entendue libidinale, et par ROHEIM qui définissait les cultures comme "Les séries de solutions adoptées par des groupes humains variés des conflits oedipiens et pré-oedipiens inhérents à la situation infantile".

Plus récemment, NACHT, DIATKINE et RACAMIER diront que "la fonction essentielle de la culture est de permettre aux hommes de maîtriser les forces naturelles" et y verront "un système élaboré de protection collective".

Et puis surtout, derrière tout cela on sentait se profiler l'aspect directement utilitaire et pédagogique de la démarche culturaliste, dans la mesure où il apparaissait plus facile de maîtriser et d'adapter une organisation sociale décrite et analysée comme frustrante, refoulante, etc..., plutôt que de s'en remettre aux viscissitudes du destin pulsionnel.

C'est ce que VALABREGA dénoncera en qualifiant la méthode de véritable "pédagogie de l'époque prégénitale", visant en cela le projet de K. HORNEY cherchant à établir un système éducatif d'où toute frustration serait exclue alors que par la même étaient réintroduites les notions bannies de normalité et d'anormalité, dans la mesure où R. BENEDIKT disait que le concept de normalité était une variante du concept de "bon" et où en l'occurrence, on s'attachait précisément à trouver le "bon" système. Cette critique était d'ailleurs reprise par MARCUSE qui voyait dans le culturalisme un excellent défenseur de l'adaptation comme critère de normalité.

Ce long débat que nous venons d'aborder, débat que l'on pourrait grossièrement schématiser comme celui opposant le "biologisme" au "culturalisme", reste toujours ouvert et périodiquement ravivé, les culturalistes fournissant un surcroît de preuves objectives, les freudiens déniaient à leurs adversaires toute référence authentique à une pensée freudienne.

Il semble pourtant qu'un terrain d'entente pourrait être trouvé dans la mesure où comme le dit BENOIT "FREUD fait sortir la culture de la lutte de l'homme contre la satisfaction directe de l'instinct mais il n'en reste pas moins que l'exercice de cet instinct ne se fait qu'à l'intérieur d'une certaine culture qu'il a lui-même constituée en fonction des conditions géographiques, climatiques, économiques, fondamentalement diverses". C'est peut-être là le point d'articulation possible entre ces deux voies jusqu'alors divergentes encore que certains auteurs et VALABREGA entr'autres, y voient une difficulté fondamentale dans la mesure où "nous ignorons encore que qu'est spécifiquement un fait anthropologique".

En fait l'obstacle majeur vient de ce qu'il est bien difficile dans l'étude d'une société de faire la part de ce qui est naturel et de ce qui est culturel. L'exemple le plus significatif à ce sujet se retrouve dans l'appréhension du concept de famille, considérée comme une institution pour les culturalistes alors que d'autre part on rétorquera que "le fait pour un enfant d'avoir une mère n'est pas un fait institutionnel" (VALABREGA).

C'est d'ailleurs sur ce point d'articulation entre Culture et Nature que viendra achopper la recherche structuraliste, une jonction pouvant être ébauchée dans la proposition de LEVY-STRAUSS qui voit dans la prohibition de l'inceste, universellement retrouvée, le principe de transcendance de la Nature, la Règle des règles, fondant par là le Culturel. Dans une même perspective, LEVY-STRAUSS retrouvera dans la structure sociale l'expression réalisée de la structure mentale de l'individu. Plus concrètement le structuralisme orientera son étude sur la place et les relations du normal et du pathologique dans des ensembles organisés, envisagés comme ensembles formels sociologiques. Ainsi seront mis à jour les systèmes dans la mesure où "l'ensemble des conduites d'un peuple est toujours marqué par un style; elles forment des systèmes. Systèmes envisagés de la façon suivante : "Je suis persuadé que ces systèmes n'existent pas en nombre illimité et que les sociétés humaines comme les individus, dans leurs jeux, leurs rêves, ou leurs délires, ne créent jamais de façon absolue, mais se bornent à choisir certaines combinaisons dans un répertoire idéal qu'il paraît possible de reconstituer".

La tâche de l'ethnologue sera donc de retrouver la structure sous-jacente à chaque institution étant entendu que cette structure répond à un ordre inconscient mais susceptible d'être objectivé.

Un des exemples clé fournit par l'analyse structuraliste à l'appui de ses thèses, appliquées à la pathologie mentale, à trait justement à l'étude du concept d'hystérie qui, sous CHARCOT, semble avoir été une construction simultanée de la pensée médicale de l'époque et des hystériques eux-mêmes, la maladie changeant de formes ou tendant à disparaître à mesure que les médecins n'y croyaient plus (BABINSKI), impliquant ainsi une adaptation permanente et réciproque du malade et du contexte médical et culturel ambiant. Il est vrai qu'en l'occurrence l'exemple ne pouvait pas mieux tomber mais que c'est justement cette plasticité extrême de l'hystérie qui fait problème.

Cette transition nous permet d'aborder plus précisément l'histoire même du concept d'hystérie relative à la période ci-dessus envisagée, c'est à dire de la fin du XIXème siècle jusqu'à nos jours.

Il est bon pour cela de relire la description de P. MARIE citée par PICHOT dans son "Histoire des idées sur l'hystérie" pour voir dans quelles circonstances bien particulières "CHARCOT se trouve plongé en pleine hystérie". Ce fut ce que COSSA nomma fort justement une période d' "hystéro-culture" et LOGRE "d'hystérie d'école". "Fort de ses descriptions antérieures (sclérose en plaques, arthropathies tabétiques, sclérose latérale amyotrophique) CHARCOT "décida tout naturellement d'appliquer au domaine des névroses les méthodes auxquelles il devait ses découvertes antérieures c'est à dire, par l'étude attentive de la symptomatologie, de délimiter le tableau et la nature de l'hystérie" (PICHOT).

Soucieux donc de renforcer le concept d'hystérie en tant que maladie bien individualisée, possédant ses symptômes, son évolution et son déterminisme propres, CHARCOT l'enfermait par la même dans un cadre formel dans l'édification duquel malades et médecins se trouvaient en l'occurrence associés, l'attitude des uns renforçant celle des autres. La preuve en fut donnée par le bouleversement considérable introduit par l'intervention perturbatrice de BABINSKI, sa remise en cause de la maladie en tant que telle, opérant une mutation spectaculaire de la symptomatologie tant et si bien qu'à l'époque on avait pu croire qu'elle avait pratiquement disparu, position d'ailleurs encore soutenue de nos jours (ROUQUIER notamment).

C'est d'ailleurs un peu ce que dénonce SCHNEIDER au Congrès de Lausanne de 1965 en rappelant comment depuis 1930 la littérature sur l'hystérie s'était progressivement tarie. Avant d'en arriver à cette date il nous faut cependant rappeler les travaux de JANET, disciple de CHARCOT et notamment sa thèse de médecine sur "l'état mental des hystériques" et bien entendu l'oeuvre gigantesque de FREUD ou l'étude de l'hystérie s'intrique avec la découverte de la psychanalyse. De même il faut noter qu'après l'épidémie d'encéphalite léthargique de 1918 des travaux seront effectués en vue de rapprocher les phénomènes hystériques des troubles extrapyramidaux et à cette occasion VAN BOGAERT proposera la formule suivante : "la crise hystérique emprunte en réalité sa morphologie à toute une série d'hypercinésies authentiquement organiques et cela non pas par irritation spontanée ou suggérée mais parce que ces mouvements répondent à des automatismes préexistants et profondément intégrés dans l'appareil cérébral".

Et si ces explications organicistes refléorissent périodiquement ainsi qu'en témoigne l' "Essai d'interprétation physiologique de la symptomatologie de l'hystérie" publié par PAVLOV en 1932, il n'en demeure pas moins que le courant psychologique animera l'essentiel du débat ouvert à partir de la problématique hystérique, avec pour référence prévalente, la doctrine freudienne.

Parallèlement se développera avec une insistance sans cesse accrue la notion de "personnalité hystérique" tendant à élargir par là le problème qu'avait cru bon de cerner CHARCOT et trouvant des résonances en écho dans les démarches et observations ethno-psychiatriques qui nous préoccupent.

Ainsi on peut établir un parallèle fort suggestif entre une vue héritée du jacksonisme, estimant très globalement le trouble hystérique comme un mode de régression à un niveau plus archaïque de la structuration individuelle, et les observations et analyses ethno-psychiatriques, le plus souvent d'inspiration culturaliste, considérant l'hystérie comme marque et témoin d'une structure sociale également archaïque ou régressée. Citons quelques exemples. A l'appui des positions néo-jacksoniennes d'abord, on retrouve la vieille notion de "réaction primaire" ou "primitive" au sens de KRETSCHMER; la formule si évocatrice de Louis CODET "Nous retrouvons dans tout cela des traits fort habituels du psychisme infantile, l'hystérique est effectivement un enfant demeuré", position trouvant son prolongement dans la notion d'"infantilisme caractériel" de SUTTER; également chez AJURIAJURRA étudiant le "problème de l'hystérie", des formules du même cru "les crises névropathiques sont régression en tant que mode de contact avec l'ambiance", les hystériques seraient victimes d'une "maturation affective insuffisante" et enfin "ce qu'on appelle socialisation des affects est une manière de vivre sous une forme régressive primitive ou d'utilisation régressive d'une forme socialisée". De même les psychiatres et ethno-psychiatres décrivant ou analysant les manifestations hystériques découvertes en abondances dans diverses sociétés "primitives" (le piblocto esquimau, le latah malais, l'hystérie du pacifique ... etc...) reprennent à ce propos les mêmes schémas explicatifs transposés au niveau collectif.

Ainsi DESPINAY écrit : "Alors que SCHILDER écrit que le symptôme hystérique n'est possible que si l'individu a atteint le niveau oedipien, il est étrange de constater que c'est justement dans les sociétés qui ne répondent pas à ce critère que l'hystérie est la plus fréquente".

De même LEMPERIERE dans sa vaste enquête sociologique sur ce système note : "la grande hystérie classique a gardé son importance numérique chez les sujets appartenant à des collectivités de bas niveau économique et culturel : en Afrique du Nord chez les autochtones" et relie d'ailleurs les deux niveaux d'explications en ajoutant "ces réactions primitives rendent compte en grande partie de la fréquence des manifestations dites hystériques dans les populations encore peu évoluées sur le plan culturel", réactions primitives étant employées ici dans le sens kretschmérien.

Ce même problème ressurgira à propos des concordances et analogies retrouvées ainsi que le relève RACAMIER : "on reste frappé de la ressemblance entre les tableaux de l'hystérie que nous pouvons observer et ce que l'on nous rapporte des fêtes et des rites des peuplades primitives".

Il est inutile nous semble-t-il d'insister sur les implications plus ou moins conscientes d'un tel rapprochement lorsqu'on sait de quelles nuances péjoratives se trouvent, encore de nos jours, colorée les termes d' "hystérie" et de "primitif". L'essentiel en l'occurrence nous paraît se situer dans cette identité de la démarche, dans ces références structurales assez superposables, jetant ainsi un jour nouveau sur le contexte de ces diverses recherches.

Quoiqu'il en soit et pour appuyer en quelque sorte leur démonstration, les auteurs actuels avancent ce fait, d'ailleurs incontestable en soi, que les manifestations hystériques sont devenues, dans nos sociétés "évoluées" de plus en plus rares, que la symptomatologie s'est progressivement déplacée vers une pathologie viscérale, moins expressive et spectaculaire. Citons LEMPIERE : "Il semble que les grandes manifestations hystériques classiques tendent à diminuer au profit des affections psychosomatiques". "Cette évolution de la symptomatologie d'une guerre à l'autre, fut surtout constatée parmi les troupes des pays à civilisation industrielle et à haut niveau socio-culturel", et encore "l'hystérie est une maladie dont l'évolution est étroitement conditionnée par le milieu";

de même NACHT, DIATKINE et RACANIER diront "aujourd'hui nous voyons à la fois plus de névroses et moins de symptômes, moins de feuillages et plus de racines".

Parvenu à ce point, ayant entrevu l'évolution globale et parallèle des concepts ethno-psychiatriques et du statut de l'hystérie dans l'histoire médicale contemporaine, nous allons, à la lumière de ce que nous avons pu mettre en évidence, tenter d'aborder plus concrètement le problème qui nous préoccupe.

L'EVOLUTION CULTURELLE ACTUELLE EN TUNISIE

Il nous faut d'abord souligner l'importance qu'a revêtu cet abord culturel du problème de l'hystérie en milieu musulman ainsi que vont en attester les divers travaux dont nous allons à présent faire mention et prendre pour référence afin d'établir un panorama de l'évolution socio-culturelle de la société tunisienne et de ses conséquences sur la pathologie mentale.

1 - La société globale; la famille; la femme.

Fondant son étude sur une pratique psychiatrique englobant la période du passage de l'ère coloniale à l'Indépendance Nationale (mars 1957) jusqu'à nos jours, SLEIM AMMAR dresse un bilan assez complet des mutations culturelles et sociales survenues en Tunisie, essayant d'en dégager les facteurs les plus flagrants. Nous reprendrons donc pour une bonne part ses conclusions.

Pour cela, il propose un tableau d'ensemble de ce qu'était le champ psycho-social avant l'Indépendance et relève surtout un recul constant de la courbe de production, ayant augmentée d'un quart en 25 ans, sur la courbe de natalité donc l'accroissement durant la même période avait été des 2/3. Il incrimine à ce propos l' "obscurantisme culturel" des parents et surtout de la mère, les mariages consanguins, le vagabondage, la mendicité, la délinquance, les morbidité et mortalité infantiles très élevées et surtout la sous-alimentation.

Etudiant plus spécifiquement le statut de la famille tunisienne, DEMERSMANN de son côté distingue durant cette période plusieurs types d'organisation familiale. D'une part et pour la grande majorité de la population, une organisation familiale de type patriarcal très prononcé; familles vivant le plus souvent en milieu rural, soumise aux principes séculaires très ritualisés de la loi coranique. Empreinte très profonde de l'Islam qui se trouvera contrariée par l'évolution actuelle entraînant les conséquences assez semblables à ce que PELICIER décrivait en 1961 en milieu algérien, à savoir : "Entre les forces d'évolution et le conservatisme, le conflit est inévitable. Dans la cité musulmane, l'évolution apparaît comme une rupture entre l'ordre spirituel et l'ordre temporel; elle provoque une tension religieuse. On a écrit avec quelque exagération que le musulman ne connaît pas l'angoisse métaphysique mais ce confort affectif n'est obtenu qu'au prix d'une adhésion minutieuse à la loi, renforcée par la conviction qu'il n'y a pas d'autres voies que l'orthodoxie. L'innovation est une transgression, dont le caractère scandaleux n'est compensé que par la valeur indiscutable de l'autorité qui la propose".

Cette loi, cette orthodoxie nous en retrouvons maints exemples bien connus. En ce qui concerne la femme en particulier, on sait quelle position d'extrême dépendance elle occupait vis à vis de son époux; souvent mariée par sa famille sans n'avoir jamais ni entrevu ni rencontré son futur mari, objet d'échange entre familles, souvent soumise à des rituels très éprouvants (la Hajbouha, le contrôle collectif de la défloration ...), subissant souvent la présence de rivales autorisées par la polygamie. Une fois mariée sa fonction essentielle sera d'enfanter, fécondité, productivité, soumission représentant les vertus essentielles réclamées et souvent imposées par le mari ou l'autorité familiale, c'est à dire les plus vieux membres du clan. Chaque fois qu'une de ces vertus viendra à faillir ou à manquer la femme se trouvera en position conflictuelle tant vis à vis de son époux que de la collectivité et s'exposera ainsi à de nombreuses brimades et frustrations affectives, allant de la bastonnade à la répudiation.

D'autre part, à l'autre bout de l'échelle sociale, dans la période précédant l'Indépendance, s'édifiait progressivement une minorité dite "évoluée", le plus souvent formée dans les universités européennes, adoptant de plus en plus un style de vie "à l'européenne", surtout l'homme, la femme conservant cependant son statut d'épouse soumise bien que souvent partiellement émancipée, phénomène qui ne prendra toute son ampleur qu'après l'Indépendance.

A ce moment en effet, et pour reprendre l'analyse de S.AMMAR, on va assister au "démantèlement progressif des schémas culturels éducatifs et confessionnels islamoberbères archaïques imprégnés de certaines influences turques, byzantines, grégoromaines et même phéniciennes très anciennes qui hier encore constituaient l'essentiel des représentations collectives du groupe et son principal instrument de stabilité et de cohésion". Il divise ainsi l'évolution depuis l'Indépendance en 2 phases :

- De 1957 à 1961, une phase où "la prééminence de la Raison et de l'Intelligence est affirmée en vue d'une certaine conception logique et égalitaire des rapports entre les hommes devant réduire la force attractive des explications traditionnelles".

- De 1961 à 1970 : "passage rapide aux conceptions du XXème siècle en matière économique pour concrétiser dans une perspective socialiste et égalitaire ces notions de liberté et de progrès qui sans cela resteraient creuses et vides de sens".

Durant cette période vont s'engager à un rythme vertigineux toute une série de réformes tant économiques que sociales qui vont tendre à transformer sans grande transition une société quasi féodale en un état moderne, faisant passer, pour reprendre la formule de BASTIDE, un peuple entier "d'une conception cyclique du temps à une conception linéaire, de la tradition au sacrilège prométhéen".

Plus concrètement, va s'opérer une nouvelle distribution de la terre avec institution progressive d'un secteur coopératif étatisé et d'unités de production agricole semi-étatique.

L'accent sera porté sur le développement d'industries nationales, sur les grands travaux d'urbanisme, sur l'extension de la vie économique des régions côtières vers le centre, l'ouest et le sud du pays jusqu'alors pratiquement inexploitées.

Parallèlement s'amorceront la lutte contre le sous-développement et le sous-emploi avec l'apparition d'une législation du travail protégeant les travailleurs (allocations familiales, sécurité sociale...), la lutte contre le nomadisme bédouin en tentant d'intégrer ceux-ci dans de nouvelles unités de production agricole.

Sur un plan plus strictement culturel va s'opérer une tentative de transformation très profonde des mentalités avec pour base essentielle une politique de l'Enseignement qui porte d'ores et déjà la scolarisation à 92 % de la population d'âge scolaire. Lié à cette évolution on verra s'amorcer lentement un recul du maraboutisme et des croyances et pratiques magiques (Stembali, Aïssaouïas) et l'on ira même jusqu'à remettre en cause les coutumes et rites islamiques les plus fondamentaux, tel le jeûne du Ramadan qui paralysait l'activité du pays durant un mois de l'année.

Ainsi, la structure familiale de type traditionnel va tendre à s'assouplir et à s'amenuiser au profit à la fois d'une structure plus "européennisée" et surtout avec l'éclosion d'une nouvelle couche de population, fraîchement migrée du bled et se fixant avec prédilection en milieu urbain et subissant en conséquence de façon très brutale ce que S. AMMAR dénonce comme "heurts, tiraillements, tensions psychiques et morales douloureuses, mettent à l'épreuve la capacité d'adaptation et d'intégration de l'individu".

Phénomène sûrement le plus spectaculaire de cette évolution, phénomène d'ailleurs très spécifique à la Tunisie, par rapport aux autres pays du Maghreb, l'émancipation de la femme. Rejet du voile, éducation scolaire obligatoire, participation à la vie publique, droit de vote, abolition de la polygamie, libéralisation du statut de l'adoption et du régime matrimonial, formant la trame essentielle de cette gigantesque évolution condensée en quelques années.

2 - La médecine.

De même toutes les conceptions et représentations collectives concernant la médecine et la maladie, vont subir une mutation brutale et imposée par l'implantation rapide d'un encadrement sanitaire résolument moderne. Ainsi, pour reprendre l'étude de PELICIER, chez le musulman traditionnel la signification de la maladie n'est pas univoque. Il y a d'une part les maladies qui viennent de Dieu, vécues comme châiment d'expiations et entraînant le soulagement de l'âme du pêcheur : ce sont les bonnes maladies; d'autre part existent des maladies provenant de la nature et des animaux malfaisants, d'envoûtements, de mauvais sorts, des génies, celles-là nécessitant le recours aux marabouts guérisseurs, aux exorcismes, au talebs. Sur ces schémas culturels anciens viendront se plaquer sans transition les conceptions et méthodes scientifiques modernes, sources majeures d'angoisses chez l'individu acculturé.

On conçoit ainsi combien vont pouvoir se modifier les principaux syndromes psychopathologiques, modifications que S.AMMAR passe en revue en insistant sur les modifications symptomatiques survenues dans les tableaux névrotiques classiques. Il dit à ce sujet "qu'apparaissent les névroses de caractère à la faveur d'une éducation morale plus libre et plus flottante, les symptômes se confondant ici pour durer avec la personnalité entière".

3 - L'hystérie.

Prolongeant cette étude et la centrant sur le problème particulier de "l'hystérie chez la femme tunisienne", S.AMMAR et M'BARCK, étudiant un lot de 60 malades, 16 avant l'Indépendance (de 1954 à 1957) et 44 après (de 1957 à 1960) retrouvent une évolution parallèle de la symptomatologie par rapport à l'évolution sociale et culturelle : "une éducation plus libérale, une instruction plus poussée, avec comme conséquence une maturation affective et morale meilleure et voici que les mêmes émotions-chocs, les mêmes conflits ou étapes critiques auxquelles la jeune fille est soumise, vont se traduire différemment au point de vue clinique".

Ils retrouvent toujours "au premier plan les formes motrices convulsives, épileptiformes, ou plus ou moins désordonnées, les pseudo-tics, les stéréotypes de la face ou des membres, blespharospasmes, hoquet incoercible (23 malades). Les pseudo-paralysies (monoplégie ou paraplégie seulement ont été démontrées chez 10 de nos malades. Dans 9 cas il s'agissait de vomissements tenaces pour lesquels les malades avaient traîné pendant des mois ou des années de service en service, tous les examens restant négatifs. Dans 7 autres observations c'étaient les grandes crises d'agitation théâtrale et dramatique avec attitudes passionnelles, états crépusculaires, états seconds et pseudo-confusions mentales. Nous avons également soigné avec succès 5 cas de mutisme hystérique authentique, deux cas de pseudo-asthme, une pseudo-surdité, enfin 3 manifestations viscérales de type hystérie de conversion". Formes bien classiques malgré, leur semble-t-il, une évolution sensible entre les 2 lots de population vers des formes plus larvées : "ce ne sont plus les conversions hystériques grossières mais les névroses de caractère et de situation si fréquentes en Europe qui vont progressivement apparaître chez nos adolescents", "les symptômes névrotiques sont désormais plus flottants et plus diffus"... ils consistent souvent dans ces états psychosomatiques devenus classiques qui se manifestent par l'angoisse, la céphalée, l'irritabilité, l'indécision, les doutes et obsessions, les sentiments d'incapacité, les troubles dyspeptiques, l'agressivité réactionnelle...". Et après avoir conclu à l'action évidente du "courant de libération de la femme, l'instruction de l'adolescente, les progrès de l'éducation sanitaire et le recul des pratiques traditionnelles" "sur l'évolution de la maladie, ils pensent que 2 facteurs restent "peu réductibles et sur lesquels l'Indépendance et la libération des mœurs ne peut rien à brève échéance : à savoir l'hérédité névropathique familiale et la stérilité".

Après ce tour d'horizon du contexte culturel plus particulièrement axé sur l'aspect évolutif des notions de famille, de maladie et d'hystérie en milieu tunisien durant ces dernières années, nous allons pouvoir envisager le récit de notre expérience vécue dans ce milieu ainsi que l'exposé de nos observations cliniques.

QUELQUES OBSERVATIONS D'HYSTERIE EN MILIEU HOSPITALIER

1 - Le contexte

Cette expérience se situe de juillet 1967 à octobre 1968 dans le cadre de l'unique Hôpital psychiatrique de Tunisie, l'Hôpital RAZI à la Manouba, petite localité située à une dizaine de kilomètres du centre de Tunis.

L'Hôpital, conçu durant la colonisation, est directement inspiré du modèle français traditionnel : petits pavillons d'une cinquantaine de lits, séparés par des jardins; un bâtiment administratif situé à l'entrée de l'hôpital et quelques villas en périphérie logeant médecins et infirmiers. Même position en dehors de la ville, même isolement d'avec le monde extérieur, même hiérarchie pyramidale que celle de nos hôpitaux : médecin - surveillant général, infirmier, aide-soignant. Statut sensiblement semblable avec cependant une plus grande marge de responsabilité laissée, ou imposée par les besoins, aux infirmiers. En fait une structure tout à fait comparable aux structures hospitalières françaises avec cependant quelques tentatives de réintroduction de la culture traditionnelle musulmane: petit atelier d'artisanat du tissage, broderies, cercle de musique orientale, groupe théâtral populaire tunisien.

Cet hôpital d'environ 1.000 lits était censé recevoir l'intégralité des malades mentaux de la Tunisie soit pour une population globale de 4.500.000 habitants, la moyenne d'un lit pour 4.500 habitants, une telle densité impliquant automatiquement une surcharge permanente de l'hôpital et entraînant de ce fait la nécessité de faire sortir au plus vite le malade afin de ne conserver à l'hôpital que les cas aigus et les malades chronicisés et pratiquement abandonnés.

Cinq services dirigés par cinq médecins pour la plupart de formation française ou européenne regroupaient donc environ 200 malades, hommes et femmes séparés.

Le drainage des malades s'effectuait de la façon suivante : un premier dépistage au niveau du dispensaire du bled ou de l'hôpital régional; à partir de là la consultation externe de l'hôpital, tenue alternativement par un des médecin-chef, ce dernier décidant de l'hospitalisation ou du maintien à l'extérieur, soit pour les cas aigus, admission d'urgence avec certificat médical ou rapport de police, système du placement d'office et du placement volontaire dérivé du système français.

A la consultation externe se présentaient également et dans une assez vaste forte proportion d'anciens malades venant pour renouvellement de traitement et des familles en prise avec un problème psychiatrique aigu pour lesquelles le préalable de la consultation et de l'orientation par le dispensaire pouvait être le plus souvent évité.

Ainsi devant ces besoins énormes et urgents confrontés aux faibles possibilités d'hébergement de l'hôpital, n'étaient hospitalisés que les cas aigus ou rebelles et le plus souvent durant les délais les plus brefs afin de pouvoir répondre aux nouvelles demandes.

Il faut signaler par ailleurs afin de bien montrer la sélectivité des malades reçus à l'H.P., que nous avons auparavant effectué un stage d'un mois dans un hôpital régional situé dans le centre du pays et qu'en cette occasion nous avons pu juger de l'efficacité de cette première filière. Ainsi nous avons pu observer au cours de consultations pléthoriques frainant une population de malades ayant parfois effectué jusqu'à 60 km à pied pour pouvoir consulter, un nombre assez impressionnant de patients présentant des manifestations hystériques rapidement résolutive par simple suggestion ou par des pratiques d'inspiration plus ou moins magiques opérées le plus souvent par l'infirmier de garde. N'étaient donc dirigés sur l'hôpital que les cas rebelles, aux symptômes fixés et résistants aux méthodes les plus grossières bien que la plupart du temps efficaces.

À ce niveau une première constatation d'une évidence telle qu'elle rend toute recherche statistique superflue, était la fréquence très importante des symptômes d'allure hystérique comparativement à une expérience de pratique hospitalière en milieu européen. Plus que jamais et plus que partout où nous avons pu l'appréhender l'hystérie nous faisait signe et dans des formes qui évoquaient les célèbres descriptions de CHARCOT, formes qui ne sont plus monnaie courante dans nos hôpitaux.

À partir de là nous fûmes donc tenté d'aller un peu plus loin dans l'étude du phénomène.

À cette fin, nous nous sommes efforcé d'envisager le problème dans une stricte perspective transculturelle c'est à dire en essayant d'éviter de plaquer purement et simplement les schémas médicaux occidentaux sur les faits observés. À l'inverse une attitude par trop relativiste ne servirait de rien et n'amènerait, à l'image des travaux de l'école diffusionniste en ethnologie, qu'à multiplier les observations sans oser ni pouvoir en tirer les moindres conclusions.

Ainsi afin d'éviter tout préalable terminologique nous cernerons notre étude aux seules manifestations hystériques décrites au niveau de la clinique, en référence aux descriptions de la clinique psychiatrique française dite classique, c'est à dire essentiellement (CHARCOT, RICHET, BERNHEIM, JANET). Une telle attitude nous semble justifiée dans la mesure même où l'obstacle culturel et linguistique limitait notre approche.

On connaît à ce propos la position de KRAEPELIN qui disait que "l'ignorance de la langue du malade est, en médecine mentale, une excellente condition d'observation". Cette attitude nous semblant assez paradoxale, nous avons préféré nous en tenir dans un premier temps à l'étude des seules manifestations extérieures de la maladie. Il est vrai qu'en l'occurrence l'hystérie propose sur ce plan un terrain d'observation de choix dans la mesure où elle est "expression par le corps", "langage du corps" "névrose d'intraversion", "message non verbal" pour reprendre les expressions les plus consacrées.

Mais même à l'intérieur de ce cadre étroit il nous faudra nous montrer vigilant et nous interroger sur le caractère hystérique ou non de certaines manifestations apparemment très semblables tels la crise

de possession, les réactions de deuil, les psychoses nuptiales et autres types de comportement qui pour l'observateur évoquent spontanément le phénomène hystérique.

Ces problèmes seront abordés à la suite de l'exposé de nos observations clinique mais il nous a paru opportun de dresser ce préalable méthodologique avant le début de cet exposé de cas.

2 - Les observations cliniques

Observation n° 1 -

La jeune Radhia, âgée de 17 ans, originaire de Msaken, petite localité rurale proche de Socisse, arrive à la Manouba le 29.11.67, après un séjour de plus de 6 mois à l'hôpital de Sousse pour "monoplégie brachiale droit d'origine indéterminée" ayant été l'objet jusqu'alors d'investigations cliniques, biologiques et radiologiques aussi multiples que vaines. C'est donc en désespoir de cause que la malade nous est adressée, alors que la paralysie évolue depuis 9 mois, la famille ayant tardé à consulter un médecin pour des motifs qui nous seront révélés par la suite.

A ce stade, et à l'encontre des descriptions classiques, la jeune malade présente d'importants troubles trophiques : main et avant-bras droit oedématisés, peau sèche, raccornie, rétractions tendineuses et images radiologiques en tout points comparables à celles de l'ostéoporose post-traumatique de SUDECK. En fait, et cela explique en partie l'acharnement des médecins l'ayant auparavant examinée à retrouver une atteinte organique, la malade invoque un traumatisme certes minime mais pourtant bien réel aux dires de l'entourage, piqure dans la paume de la main droite que lui aurait faite une de ses sœurs avec la pointe d'un ciseau.

Pourtant, sur le plan neurologique, la monoplégie présente une symptomatologie dissociée manifestement anorganique : monoplégie spastique en demi-flexion avec cependant ébauche de petits mouvements des doigts après invigoration verbales;

réflexes bicipital, tricipital, stylo-radial, cubito-pronateur abolis, accompagnant une amyotrophie très importante partiellement masquée par l'œdème. Enfin et surtout une anesthésie typique, en gants, à tous les modes, remontant à hauteur du $\frac{1}{3}$ inférieur du bras.

Le début aurait été brutal, la symptomatologie d'emblée constituée, le seul point évolutif ayant été le développement progressif de troubles trophiques liés au maintien permanent du membre atteint en position demi-fléchie.

Petite gamine bouclée, d'apparence plus jeune que son âge réel, sourire énigmatique posé aux coins des lèvres; le premier entretien n'apporte que descriptions minutieuses de circonstances de l'accident et des multiples investigations médicales jusqu'alors pratiquées.

Systématiquement appliquées dans des cas semblables, les méthodes "classiques" de suggestion ou de contre-suggestion, directes ou médiatisées par tout l'arsenal du médecin guérisseur (applications de colorants, injection du nouveau médicament venu d'Amérique...) se montrent inefficaces et l'on décide alors l'isolement et la mise en observation de la malade.

Après quelques semaines l'état du membre paralysé ne s'était guère amélioré si ce n'est que nous étions parvenu à imposer à la malade l'exercice quotidien de petits mouvements de flexion-extension des doigts dont l'amplitude allait cependant grandissant.

Par ailleurs nous avons pu apprendre que la jeune fille était issue d'un milieu fort modeste, le père exerçant le métier de coiffeur, la mère s'occupant de tâches ménagères et élevant ses 8 enfants, Radhia étant la cadette des quatre filles. La recherche des antécédents tant personnels que familiaux s'avéra négative aussi qu'elle ne fut pas notre surprise lorsqu'une infirmière d'un pavillon voisin crut un jour reconnaître la malade et après un bref entretien très vite rompu par l'exaspération de Radhia, peut établir que la sœur aînée de la patiente avait été hospitalisée l'année précédente pour un trouble strictement identique si ce n'est qu'il s'agissait d'une monoplégie gauche.

En effet une rapide enquête retrouvait la trace du passage de Zornda, le certificat d'entrée faisait état de "troubles moteurs et sensitifs du membre supérieur gauche. Examens neurologiques ne mettant pas en évidence d'atteinte organique; examen mental négatif; graphie de la colonne cervico-dorsale négative; narco-analyse sans résultat". Au cours de son hospitalisation Zornda aurait complété sa symptomatologie d'une paralysie du membre inférieur gauche et après cure d'insuline et psychothérapie étalées sur quatre mois d'hospitalisation, serait sortie débarrassée de son symptôme.

Dans les jours qui suivirent cette révélation fortuite la symptomatologie de Radhia parut s'aggraver au point qu'il fut presque impossible d'obtenir une participation aux exercices de rééducation. Cependant, fort de notre découverte et alerté par l'évident impact émotionnel de celle-ci sur notre patiente nous tentâmes de retracer les circonstances de l'apparition des troubles de la soeur aînée et pour cela nous fîmes une enquête auprès de l'infirmière qui avait été en quelque sorte la confidente de Zornda et qui se trouvait être celle-là même qui venait de reconnaître la parenté, inscrite jusque dans le symptôme. Il s'agissait en l'occurrence de difficultés scolaires. Zornda, première fille de la famille, à fréquenter l'école, n'avait pu obtenir sa moyenne pour passer dans la classe supérieure et n'avait osé en prévenir les siens. C'est dans la nuit qui suivit l'annonce de son redoublement que la paralysie salvatrice s'était déclenchée. On retrouvait donc là un facteur traumatique déclenchant net, impérieux pourrait-on dire, et ce récit nous permit de mettre en évidence auprès de Radhia la responsabilité des conflits personnels dans le déclenchement d'accidents semblables.

Le résultat ne s'en fit pas attendre, Radhia, plus rassurée, nous confia que l'accident lui était arrivé alors qu'elle était en train de coudre son trousseau de future mariée, mariage imposé par sa famille, avec un cousin de beaucoup plus âgé qu'elle. C'était remarqua-t-elle, justement Zornda qui l'avait piquée à la main en lui passant un ciseau et qui partant lui avait déclenché la paralysie de son bras.

Averti de cette situation conflictuelle nous pûmes alors manoeuvrer auprès de la famille pour modifier sa position vis à vis de ce mariage et parallèlement nous assistâmes à la régression complète de la paralysie alors que les troubles trophiques furent plus longs à disparaître.

Nous étions donc là en présence d'une observation assez typique de manifestation hystérique franche, reliée de manière plus ou moins directe à un traumatisme déclenchant d'apparence mineur, observation s'apparentant d'assez près avec celle de Bruno LEWIN, également en milieu musulman, ou il avait décrit la survenue d'une monoplégie du membre supérieur chez une jeune fille ayant reçu un coup de bâton par un fiancé imposé.

On pourrait évidemment s'apesantir sur le caractère éminemment symbolique d'un tel traumatisme et là encore nous retrouverions pour l'essentiel des descriptions et interprétations désormais classiques.

Observation n° 2 -

Notre seconde observation s'apparente par bien des points aux descriptions de SUTTER, PELICIER, SUSINI concernant la "psychose nuptiale du musulman".

C'est en effet au décours de sa nuit de noces que Fatma, jeune bédouine de 18 ans nous fut adressée par la consultation de Neurologie avec le diagnostic de "paraplégie flasque d'origine hystérique vraisemblable".

Le début des troubles aurait été marqué, aux dires de l'époux, par une violente crise d'agitation psycho-motrice accompagnée de dyspnée, suivie d'une chute et d'une crispation générale de tout le corps. Bien plus tard la malade serait sortie de cet état catatonique et n'aurait pu à partir de cet instant mouvoir ses membres inférieurs.

La jeune femme présentait effectivement une paraplégie flasque complète avec abolition des réflexes ostéo-tendineux et troubles sensitifs bilatéraux à type d'anesthésie globale à tous les modes. Paraplégie que rien ne put rattacher à une étiologie organique ainsi que le confirmèrent les multiples investigations pratiquées.

L'étude des antécédents nous appris que la malade était volontiers sujette à des "crises nerveuses" et qu'une fois même elle serait tombée dans une sorte de coma.

La relation entre ce nouveau symptôme et le vécu traumatique de la nuit de noces paraissait évident et cela d'autant plus que nous apprîmes, après maintes réticences de la famille, que la jeune fille n'avait jamais vu son futur époux avant la rencontre choc de la nuit de noces et qu'en l'occurrence le mariage avait été arrangé entre familles comme cela est très souvent encore la coutume.

Il fallait donc une fois encore reconnaître le caractère traumatique de cette manoeuvre, ses implications sexuelles manifestes et aussi le caractère symbolique de cette paralysie de la partie inférieure du corps.

Cherchant à retracer l'histoire de la malade, nous retrouvâmes le cortège habituel des disciplines éducatives : crainte et soumission absolue devant un père tout-puissant; mère plus effacée, accaparée par ses nombreuses tâches et ses non moins nombreux enfants; absence totale de scolarisation et tabou sur tout ce qui touche de près ou de loin aux problèmes sexuels avec, en particulier, réduction à l'extrême des contacts avec l'autre sexe. En définitive, une situation de refoulement instinctuel massif, entretenue et pour ainsi dire contenue depuis l'enfance, soumise sans ménagement ni transition à la révélation brutale d'une réalité sexuelle des plus concrètes.

Observation n° 3 -

A rapprocher de l'observation précédente, celle de Souad, bédouine de la région du Kef, mariée depuis plusieurs années et ayant subi parallèlement, depuis cette date, une série d'hospitalisations, parfois prolongées, pour accidents hystériques des plus classiques. On relevait ainsi : un épisode de cécité totale ayant cédé après deux mois de traitement; plusieurs crises excito-motrices avec phénomènes convulsifs sans anomalies électriques à l'E.E.G.; une monoplégie brachiale.

Enfin et c'était là le motif de son séjour parmi nous, une paraplégie flasque des membres inférieurs avec anesthésie globale à tous les modes.

Le personnel infirmier, qui avait pu durant ces fréquents séjours se familiariser avec la situation de cette jeune femme de 23 ans, nous informa d'emblée qu'il s'agissait d'une véritable intolérance au mari et que tant que durerait cette situation, à chaque retour à domicile, il fallait s'attendre à une rechute plus ou moins rapide. Cela nous prouvait, s'il en était encore besoin, qu'en matière d'hystérie, traiter et résoudre le symptôme n'a jamais traité ni résolu la maladie en elle-même et que celle-ci pouvait revêtir comme à son gré bien des visages, renouvelant ainsi chaque fois l'émotion de l'intérêt parmi l'entourage. En effet le dit entourage n'envisageait pas à priori d'établir un rapprochement entre la cécité et la paraplégie et s'adressait d'emblée à l'Hôpital général qui inéluctablement la dirigeait sur l'hôpital psychiatrique. Il semble bien d'ailleurs qu'en cette circonstance, le milieu familial suivait en quelque sorte le désir de la malade qui voulait se faire reconnaître comme une "vraie malade" et supportait très mal ses séjours à la Manouba ou pourtant l'on avait réussi à plusieurs reprises à la débarrasser de troubles assez graves et invalidants. L'atmosphère ne semblait donc pas de prime abord être des plus psychothérapiques, mais on s'aperçut qu'en fait cette impression de dévalorisation liée à son passage "chez les fous" et le peu d'enthousiasme qu'elle manifestait lorsqu'elle se retrouvait à l'asile, constituaient l'essentiel de notre arsenal thérapeutique.

En reprenant dans la situation de cette jeune femme, qui, bien que mariée depuis 5 ans n'avait pas d'enfants, nous retrouvâmes le scénario assez habituel du mariage imposé par la famille, avec isolement complet de la fiancée durant plusieurs jours précédents la cérémonie et enfin révélation de l'identité de l'époux que le jour des noces. A partir de là les assicents hystériques s'étaient succédé sans guère de rémission, la malade ayant en quelque sorte épuisé les ressources de la pathologie de conversion pour échapper à cette situation. Situation d'ailleurs aggravée par la stérilité de la jeune femme lorsqu'on sait combien la fonction maternelle est primordiale, sinon exclusive dans le statut culturel de la musulmane. L'étude plus approfondie de la famille nous apprenait qu'elle était la troisième fille d'une fratrie comprenant en tout six enfants. Parmi ceux-ci on retrouvait un frère, débile, épileptique, ce qui pouvait expliquer en partie la survenue de crises convulsives chez sa soeur aînée qui avait été à même d'observer et en quelque sorte d'intégrer plusieurs de ses crises. Le mode d'éducation de cette famille rurale était des plus traditionnel et rigoriste, le père exerçant une véritable terreur sur son entourage.

C'est lui qui aurait organisé l'union de sa fille avec un de ses amis, âgé à l'époque de plus de 50 ans. Toutes ces conditions expliquent s'il en est encore besoin le caractère traumatique de cette union imposée, le refuge trouvé dans la conversion somatique chez notre patiente et son acharnement à récidiver chaque fois que cette situation se reproduisait.

D'où l'extrême difficulté pour tenter d'intervenir dans un tel cycle pathogène, la famille étant toute prête à répudier la patiente, jusqu'alors bien tolérée, et même surprotégée, si d'aventure nous avions essayé de leur faire entrevoir les conséquences pathologiques de cette union forcée. La prudence ajoutée aux déconvenues antérieures alors que l'on avait tenté de "raisonner" la famille sans tenir compte du contexte culturel, nous forçaient donc à adopter une solution qui nous semblait la moins interventionniste et la moins dangereuse, à savoir le traitement symptomatique du trouble. En général, quelques jours d'isolement agrémentés de tranquillisants, y suffisaient. Ce fut une fois de plus le cas.

Observation n° 4 -

Zohra, étudiante de 17 ans venant d'obtenir son baccalauréat, nous fut amenée avec le diagnostic de "bouffée délirante". Elle se présentait en effet dans un grand état d'agitation psycho-motrice, déversant un flot de paroles incohérentes entrecoupées de petits cris aigus, gesticulant des quatre membres et vraisemblablement en proie à des hallucinations visuelles qu'elle invectivait d'abondance.

Sa mère ainsi que ses deux tantes l'accompagnaient et celles-ci nous expliquèrent que tout avait commencé depuis l'instant où le père lui aurait fait comprendre qu'il n'était plus question pour elle de poursuivre ses études aménageant pour cela des arguments à la fois économiques et moraux tels que la mixité des cours en Faculté et l'inutilité voire la perversité des études supérieures pour une jeune fille, future épouse et mère. Le père, petit fonctionnaire dans la police, s'était fixé à Tunis depuis peu de temps mais n'appréciait guère la libéralisation des mœurs qu'il avait pu constater dans la capitale. Pourtant, sous la pression ambiante et avec l'appui parfois maladroit de la mère, la fille avait pu bénéficier de la scolarité qui avait été accordée beaucoup plus facilement aux trois fils aînés. Cela ne s'était d'ailleurs pas fait sans une opposition certaine du père qui avait attendu chaque année, jusqu'alors en vain, la moindre défaillance de sa fille afin de la contraindre à s'arrêter. Il est fort probable, qu'en ces circonstances, la jeune fille n'avait pas pu trouver meilleur soutien et stimulant à bien faire, d'autant que ses heures de cours représentaient les seules heures de liberté, le père exigeant qu'elle restât chez elle le reste du temps.

Rien que de très banal en tout cela si ce n'était l'allure inquiétante que prenait cette agitation n'ayant pas cédé aux procédés d'invigoration classiques et qui semblait évoluer progressivement vers un état délirant à forte teinte discordante au fur et à mesure que cédait l'excitation motrice. Les nombreuses réponses à côté obtenues à cette période lors de l'entretien, pouvait faire évoquer un syndrome de Ganser et l'examen neurologique complet s'avéra strictement normal.

Ce ne fut qu'après plusieurs heures d'isolement et maintes tentatives de dialogue que ce tableau inquiétant disparut aussi brutalement qu'il était apparu et que la jeune malade nous fit part de ses difficultés et de l'espoir qu'elle reportait en notre intervention auprès de son père pour tenter d'infléchir sa décision. Ce ne fut certes pas chose facile mais ce dernier finit par accepter nos suggestions sous couvert de mesures de prophylaxie mentale.

Une telle observation démontre une fois encore le rôle déclenchant majeur du trauma psychique, en l'occurrence la décision d'arrêter les études avec comme corollaire la suppression de toute liberté et de tout contact avec l'extérieur. Il paraît non moins certain que malgré l'ébauche d'une libéralisation des mœurs liée à la migration de la famille vers la capitale, malgré la scolarisation et les contacts plus diversifiés, la jeune fille avait dû subir un profond refoulement instinctuel lié à l'éducation rigoriste de son père. L'expression des troubles pouvait d'ailleurs donner matière à redouter une atteinte plus profonde de la personnalité, la symptomatologie ayant revêtu par instants des aspects quesiment psychotiques.

Observation n° 5 -

Issue d'un milieu bédouin traditionnel, Zokra, âgée de 25 ans, sans enfants, nous fut amenée après un périple fort long à partir de son bled situé à l'extrême sud du pays. Atteinte d'une aphonie complète sans que l'on ait pu rattacher ce trouble à un événement traumatique ou à une affection morbide quelconque, la jeune femme était auparavant passée par l'hôpital régional, le service d'ORL de Tunis via un sorcier réputé (Sahar) qui s'était en l'occurrence montré inopérant, ce qui n'est pas toujours le cas tant s'en faut, et même dangereux. En effet après plusieurs jours de mutisme total, la famille s'était enfin inquiétée et l'avait conduite auprès d'un Sahar renommé, qui après maintes pratiques magiques, lui avait, en désespoir de cause, appliqué un brandon enflammé sur la langue ne réussissant qu'à lui causer une profonde brûlure, accompagnée d'un tel oedème que même guérie la malade aurait bien été en mal d'articuler le moindre mot.

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

Ce fut donc après cette tentative malheureuse que la jeune femme fut confiée à des médecins "modernes" et après examens répétés de spécialistes tant neurologues qu'ORL, ceux-ci conclurent à l'absence d'atteinte organique décelable par les moyens habituels et émirent l'hypothèse d'un symptôme hystérique.

Lors de l'examen la malade adopta une attitude assez distante, détachée, ne manifestant aucun signe de souffrance ni désir de communiquer. Cette "belle indifférence" n'était pas sans nous renforcer dans la conviction d'une étiologie névrotique de son trouble et à cette fin nous recherchâmes les origines conflictuelles si souvent manifestes en pareil cas.

Un fait nous avait frappé dès l'entrée, de par son caractère exceptionnel en milieu bédouin : cette femme mariée depuis près de 8 ans n'avait toujours pas d'enfants et partant de là l'entretien avec la famille nous apprit à quel point cette stérilité était mal tolérée à la fois par l'entourage et par la jeune femme. Progressivement rejetée du groupe, réprimandée, souvent battue par son mari, elle compensait cela tant bien que mal en travaillant ferme.

Pourtant depuis plusieurs semaines, l'entourage avait noté une régression de l'activité, un repliement progressif de la malade pour en arriver à un mutisme intégral et à une attitude quasi antistatique.

L'isolement s'avérant inopérant, nous eûmes recours à la narco-analyse, au cours de laquelle nous pûmes réintroduire ce que l'entourage nous avait appris de sa stérilité et, comme il est habituel en pareil cas, nous assistâmes au déblocage symptomatique, sans pour cela nous croire responsable d'une véritable guérison de la malade. Il n'en restait pas moins certain que la liaison entre le mutisme et la stérilité était évidente et que là encore les implications sexuelles étaient manifestes.

Ont été décrits plusieurs cas semblables où le symptôme hystérique s'adapte en quelque sorte plus symboliquement aux conflits et frustrations liés à la stérilité de la femme et où la musulmane développe la fameuse "grossesse nerveuse".

Pour notre part nous n'en avons jamais observée et quelques confrères interrogés sur ce point ne s'en remémoraient aucun.

Observation n° 6 -

Intéressante parce que tranchant radicalement avec les observations précédentes, l'étude du cas de Mme B... va pouvoir nous permettre d'apprécier la modification symptomatologique survenue à la faveur de l'évolution culturelle et de l'histoire personnelle de l'intéressé, ces deux facteurs étant intimement liés.

Madame B..., âgée de 36 ans au moment où se situe l'observation, était à l'époque mariée à un diplomate tunisien et mère de trois enfants. Affligée depuis plusieurs années de divers troubles, elle avait consulté, à l'occasion de multiples pérégrinations de son époux, neurologues et psychiatres de divers pays, et avait pu, disait elle, bénéficier de longs moments de répit bien que les rechutes avaient été la règle et selon les modes les plus divers.

Cette fois ci il s'agissait, d'après la lettre de transmission du confrère qui nous l'adressait, d'un "état dépressif grave" et si, effectivement la malade présentait quelques signes de la série dépressive, elle faisait état par ailleurs de symptômes de conversion nets à types de spasmes oesophagiens et de vomissements subits entraînant une importante dénutrition. Elle se plaignait également de céphalées intenses interdisant toute activité soutenue, d'insomnie, d'asthénie et de douleurs pelviennes décrites avec amples détails des plus suggestifs. L'exposé des troubles était en effet des plus précis, ponctué de termes médicaux assez opportuns ce qui s'expliquait en partie du fait que cette malade avait auparavant exercé la profession d'infirmière.

L'étude des antécédents retrouvait par ailleurs des phénomènes beaucoup plus "expressifs" la malade ayant en effet été par deux fois hospitalisée. Pour, nous dit-elle, une "paralysie des membres inférieurs" et une "crise de nerfs" qui auraient été à l'époque traitées par électrochocs.

Issue d'un milieu assez modeste, fille d'un petit commerçant de Tunis, cadette d'une série de 11 enfants, elle aurait eu une jeunesse "sans histoire", brillante à l'école, encouragée à poursuivre ses études secondaires par son instituteur, elle avait pu avec la complicité de sa mère, bravant l'interdiction paternelle, suivre des cours d'infirmière et obtenir son diplôme. Mis devant le fait accompli, le père, après maintes réticences, lui aurait permis d'exercer son métier mais au prix de heurts fréquents et d'une tension permanente provoquant des "crises de nerfs" à la fois chez la malade et chez sa mère.

Le premier accident paralytique se situait peu après que le père ait refusé qu'elle suive des cours d'infirmière. Une première fois débarrassée de ce trouble, elle avait à nouveau été hospitalisée pour "convulsions" peu de temps après.

Entre temps étaient apparus, par intervalle, les symptômes actuels mais, semble-t-il sans que ceux-ci n'entraînent l'état d'asthénie et d'amaigrissement assez inquiétant bien que quelque peu amplifié et surchargé par l'attitude théâtrale de la malade.

c Elle en venait d'ailleurs très vite et spontanément à aborder ses difficultés conjugales liées essentiellement, selon ses dires, à l'infidélité du mari, qui la considérait "comme une moins que rien". Le mari appartenait en effet à la haute bourgeoisie tunisienne; élevé dans le luxe; envoyé très tôt en Europe pour y faire ses études, il était revenu dans son pays pour occuper une fonction importante. Séducteur impénitent, il aurait été plus ou moins contraint d'épouser la malade à l'occasion d'une grossesse accidentelle, mais depuis lors, en dépit de scènes fréquentes et de la maladie de sa femme, il se serait pratiquement désintéressé de son épouse au profit d'autres compagnes.

Parallèlement la famille de la malade après avoir plus que réprouvé le mariage forcé, se serait également détachée de la jeune femme. Lui restait donc la compagnie de quelques rares amies et... de nombreux médecins que la malade consultait depuis bientôt 5 ans.

En fait nous étions frappé par l'évolution chronologique de la symptomatologie allant d'une pathologie franche, expressive, massive, à des troubles plus diffus, plus internes, plus trainants. Et nous pouvions à ce propos évoquer plusieurs hypothèses : d'une part la notion très générale d'une évolution plus psycho-somatique des hystéries vieillissantes allant souvent jusqu'à l'état dépressif, d'autre part le fait plus particulier à notre malade, d'avoir vu et appris par ses études la maladie hystérique et par ailleurs d'être passé sans grande transition d'un milieu traditionnel assez strict à une société plus "évoluée" où les débordements affectifs n'avaient pas ou peu cours et où une certaine retenue dans le comportement était de rigueur.

Observation n° 7 -

Nous apprenons enfin une observation d'hystérie assez typique chez un jeune homme tunisien, alors étudiant en 3ème année de droit, issu d'une petite bourgeoisie besogneuse et n'ayant dû la poursuite de ses études qu'à l'aide d'une bourse d'état.

Originaire de Tunis, troisième fils d'une famille comportant sept enfants, Moncef s'était en effet montré un excellent élève en classes primaire et secondaire et avait pu avec l'aide conjuguée de sa famille et de l'Etat poursuivre des études de droit qu'il espérait couronner par un diplôme d'avocat.

Or à partir de l'âge de 17 ans, sensiblement à la période de sa réussite au baccalauréat et alors qu'il était à la fois assuré à l'idée de pouvoir accéder aux études supérieures et anxieux à l'idée de devoir imposer cette charge supplémentaire à sa famille, débutèrent une série de troubles divers mais cependant assez précis pour qu'il subisse à cette occasion de multiples examens qui s'avérèrent d'ailleurs tous négatifs.

Il se plaignait essentiellement d'un sifflement dans l'oreille gauche, survenant par accès qu'il rattachait spontanément au "surmenage intellectuel" et qui lui imposait l'arrêt total de toute activité.

Ce symptôme dominant s'accompagnait d'un cortège de troubles viscéraux : maux de ventre, boule œsophagienne, et de l'impression qu'on lui enfonçait des épingles dans le crâne.

La famille alertée l'avait incité à consulter plusieurs spécialistes alors que le jeune homme pensait qu'il ne s'agissait que d'une "fatigue passagère".

Audiogrammes, examens vestibulaires, fond d'oeil, électro-encéphalogrammes, radiographies gastriques, intestinales, vésiculaires etc... avaient été renouvelées lors des différentes rechutes qui émaillèrent l'évolution de la maladie.

La gamme des traitements instaurés était également éloquente : antivertigineux, antalgiques, antimigraineux, modificateurs du transit intestinal, cholérétiques, antispasmodiques, sans oublier tranquillisants et même antihallucinatoire (Halopéridol faible en particulier).

En fait le tableau ne s'était guère modifié depuis plusieurs années et lorsque nous vîmes le jeune homme pour la première fois, il présentait le même syndrome d'allure psychosomatique, aux conversions multiples, mais cette fois il nous avait été adressé directement après qu'il eut présenté une "crise de nerfs" selon les termes du certificat, crise dont il ne conservait aucun souvenir précis.

Il put seulement nous révéler que maintes fois auparavant, à l'occasion le plus souvent de contrariétés de toutes sortes, il avait été sujet à ce genre d'accident et qu'en l'occurrence il s'agissait cette fois-ci d'un problème touchant au plus près sa vie sentimentale. Il en vint d'ailleurs très vite à nous donner de plus amples précisions : très lié à une de ses camarades de Faculté, ils auraient exprimé le vœu de se marier rapidement alors que les parents de la jeune fille se seraient opposés à ce mariage avant que le jeune homme n'ait terminé ses études.

De telles manifestations hypochondriaques sont monnaie courante en milieu tunisien, surtout chez l'homme, semblant d'ailleurs faire en quelque sorte pendant avec le trouble hystérique chez la femme.

Une telle observation, par la simultanéité des deux versants symptomatiques, tant hystérique qu'hypochondriaque, qu'elle démontre, tendrait à confirmer la notion plus générale de la facilité qu'ont les musulmans à somatiser leurs affects.

On pourrait multiplier le nombre des cas observés.

Nous n'en avons retenu que les plus caractéristiques et surtout ceux chez lesquels une hospitalisation a permis d'en étudier plus précisément le contenu. Car en fait dans le tout venant de la consultation externe où défilaient un nombre impressionnant de malades, il nous a été donné d'observer une quantité de troubles de même nature : crises convulsives, pseudo-coma, paralysies, mutisme, etc... Tout symptôme ayant généralement disparu après une quelconque mise en scène thérapeutique d'allure plus ou moins magique, ce qui n'était pas sans nous faire évoquer, à la fois la présence de la médecine traditionnelle du sorcier, le Zar, auquel nous nous substituons, et la formule de RACAMIER disant que "l'hystérie réveille le guérisseur qui sommeille toujours plus ou moins en nous"...

ANALYSE DE NOS OBSERVATIONS

L'exposé de ces observations étant fait, quels enseignements pouvons nous en tirer ?

1 - Qu'avons nous observé ?

D'une part et venant à l'encontre de nos appréhensions formulées plus haut, il semble que le problème de savoir à quoi nous avons affaire en présence de tels troubles n'ait pas été posé ainsi qu'en atteste l'assurance de nos certificats, voire, qu'il n'ait pas à se poser, tant les troubles sont patents, massifs et en tout points similaires aux descriptions classiques. Pour nous confirmer en ce sens, l'attitude de l'entourage, pourtant fort tolérante, ainsi que nous l'avons vu, vis à vis de tels désordres, renforce notre assurance en désignant le malade comme tel. C'est en effet l'entourage qui le plus souvent amène le patient à consulter, s'inquiète du trouble présenté alors que d'autres manifestations expressionnelles parfois autrement plus spectaculaires, ainsi que nous le verrons plus loin, sont parfaitement supportées et voire même favorisées par le milieu ambiant. De plus en plus, la population répugne à l'intervention du sorcier ou du marabout et si l'explication de la maladie par la présence ou le mécontentement de génies (Djnouns) est encore souvent invoquée, il s'est trouvé plusieurs fois parmi la population bédouine des parents de la malade qui pressentaient nous ont-ils dit l'origine sexuelle du trouble. Il nous paraît donc évident que ce que nous distinguons en milieu occidental comme symptôme hystérique est également vécu et ressenti comme un désordre pathologique par la société tunisienne.

Que la thérapeutique instituée à partir de là soit traditionnelle ou plus moderne, peu importe, il n'en reste pas moins que l'individu atteint d'un tel trouble est considéré comme malade et que de ce fait l'hystérie, bien que très fréquente et répandue dans toutes les couches de la population n'est pas une donnée culturelle quasi constitutionnelle du musulman tunisien mais bien une manifestation pathologique authentifiée comme telle par le milieu. Ainsi que l'indique BASTIDE dans son étude sur la "Sociologie des maladies mentales" : "c'est la société qui désigne les malades à soigner" et si le praticien en milieu européen contemporain a souvent du mal à porter un diagnostic d'hystérie tant les tableaux sont divers et trompeurs, ne fondant le plus souvent sa certitude que sur la recherche et la découverte de soi-disant traits de personnalité hystériques, il lui paraîtra facile, en milieu musulman, de reconnaître les aspects cliniques les plus caractéristiques de la névrose.

Aussi serions-nous tenté d'aller à l'encontre de l'opinion de CAROTHERS qui voyait dans l'hystérie "la marque de la psychiatrie chez l'africain" et d'envisager que bien au contraire, la psychiatrie se développant et la société évoluant dans le sens d'une "savantification" et d'une vulgarisation des notions médicales les plus communes, nous assisterons, ainsi que l'on déjà noté S.AMMAR et M'BAREK à une régression des manifestations hystériques les plus typiques pour en arriver à une symptomatologie plus bâtarde, moins expressive, mais tout aussi signifiante. Nos deux dernières observations semblent d'ailleurs nous confirmer sur ce point.

Par contre, ainsi que nous l'avons avancé plus haut, d'autres manifestations expressionnelles tout aussi spectaculaires qu'une "crise à la Charcot" ou qu'une paraplégie massive, ne sont pas ressenties comme morbides par le milieu mais bien au contraires socialisées et en quelque sorte ritualisées. Nous aborderons par là le problème plus général des rapports entre l'hystérie et la possession, problème qui semble avoir retenu l'attention de bon nombre d'ethno-psychiatres. Il semble d'ailleurs que ceux-ci y aient entrevu une manière très spécifique d'aborder le problème hystérique en milieu africain.

2 - Le Stembali

Il existe en effet, en milieu tunisien, un type assez particulier de débordement expressif qui pour l'observateur peu ou non averti, évoque très fortement l'accident hystérique. Nous voulons parler de cette forme de thérapie collective, d'ailleurs très répandue en Afrique bien que revêtant d'autres aspects, que les musulmans nomment le "Stembali".

De quoi s'agit-il en fait ? Nous l'avons dit : d'une thérapie collective, s'adressant à l'individu malade, à celui qui se sent anxieux, déprimé, à celui qui se sent envahi par des "djnouns" malveillants ou bien à celui qui, possédé par des "djnouns" bienveillants doit rituellement leur permettre de s'incarner, en général une fois par an, par l'intermédiaire de son corps.

On réunit pour cela au domicile du demandeur une troupe de musiciens venus de l'extrême sud du pays ou du Soudan, les parents, les amis et surtout ceux qui ressentent également la nécessité de se purifier et d'apaiser les "djnouns".

Assis en cercle, les musiciens, à l'aide essentiellement d'instruments de percussion, établissent très vite un climat de transe et progressivement le patient et ceux de l'assistance qui se sentent envahis et possédés par les mauvais esprits, entrent dans une phase d'agitation désordonnée, poussent des cris, puis, épousant le rythme du tam-tam, se mettent à danser, invectivent divers personnages ou animaux de leur imagerie ou hallucinations visuelles, tombent à terre, présentent alors les phases de raideur et d'arc-boutements, assez semblables à celles de la grande crise d'hystérie, pour enfin se retrouver hébétés, hagards mais bientôt libérés de leurs troubles.

De telles descriptions ne sont pas sans nous rappeler les divers rites de possession observés dans le monde entier : la possession par le Rab et la crise de possession ritualisée et thérapeutique du N'Doep au Sénégal, le Zar d'Egypte, le culte Vaudou à Haïti, etc...

La trame dramatique en est la même : un individu soit brutalement envahi par un esprit étranger responsable de ses troubles, soit habité en permanence par un esprit ancestral qu'il faut régulièrement soulager en lui donnant la possibilité de s'exprimer par le truchement du corps de son hôte, réclame du groupe la possibilité d'assouvir les désirs de l'esprit parasite. Le groupe, informé et conscient de la situation du "malade", fait en sorte qu'il puisse, par l'intermédiaire et éventuellement avec la participation de plusieurs de ses membres, apaiser l'esprit intériorisé et rendre la santé au possédé.

Ainsi, comme le souligne très justement COLLOMB dans sa communication sur "Hystérie et crise de possession chez les Wolof du Sénégal", la crise de possession phénomène social par excellence se différencie de l'hystérie, phénomène individuel, ressenti comme singulier et menaçant par le groupe. Opinion reprise par L. Mars disant que la crise hystérique n'a pas la valeur cathartique de la crise de possession alors que dans ses observations à la Martinique, DESPINOY conclut à l'analogie pure et simple entre la transe et la grande crise hystérique : "les comportements de l'hystérique et du possédé sont donc plus que superposables, ils sont analogues".

Il précise malgré tout que "leurs motivations sont différentes" et nous pourrions ajouter que leurs effets le sont également car si l'accident hystérique est indice et marque de refoulement, la crise de possession ritualisée prend valeur de défoiement, véritable valeur thérapeutique.

3 - Les diverses interprétations des faits

Il nous faut maintenant rappeler, bien que notre étude ne s'appuie pas pour cela sur des données statistiques précises, l'extrême fréquence des manifestations hystériques en milieu tunisien. Nous nous sentons toutefois autorisé à avancer une telle proposition, à la fois à partir de notre impression personnelle basée sur une pratique de plus d'un an en milieu hospitalier, mais surtout d'après les enquêtes plus précises réalisées par divers auteurs (LOUSSAIEF, S.AMMAR, M'BAREK pour la Tunisie; SUTTER, POROT, PELICIER, pour l'Algérie).

Sur ce point diverses hypothèses ont été formulées : soit, il s'agirait d'une plus grande fréquence, relative à ce que l'on peut observer en France par exemple, due au simple fait que le musulman tunisien serait en quelque sorte prédisposé, que ce soit biologiquement ou culturellement à présenter des troubles hystériques; soit, cette fréquence ne serait qu'apparente, dans la mesure même où les manifestations présentées sont elles-mêmes très apparentes, très démonstratives et ainsi plus facilement repérées.

A l'appui de la prédisposition constitutionnelle évoquée par ELLENBERGER dans son étude sur "Les aspects ethno-psychiatriques de l'hystérie", on retrouve les notions classiques de "faiblesse nerveuse", d' "épuisement cérébral", d' "insuffisance de la synthèse psychique" (JANET), la "faiblesse et instabilité des processus corticaux d'excitation et d'inhibition" apanage du "type artistique" décrit par PALVOV. On pourrait éventuellement rechercher des modifications humorales et en particulier un terrain spasmophilique, l'hypocalcémie ayant été plusieurs fois vérifiée lors de nos observations. Pour SUTTER cette prédisposition constitutionnelle correspondrait globalement au tableau associant hyperémotivité, infantilisme caractériel et instabilité, toutes notions fort générales sans assises bio-physiologiques objectivables. De même lorsque BOISSEAU admet une constitution prédisposante à base d'"hypersuggestibilité" et de "fléchissement du sens moral", on semble être assez loin de la rigueur scientifique, justifiant peut-être en cela la belle formule d'AJURIAQUERRA qui disait que "l'hystérie est le bouc émissaire de tous nos désirs réprimés".

Les prédispositions culturelles, et nous y reviendrons plus précisément, semble aussi pouvoir être avancées. LEMPERIERE soulignait au Congrès de Lausanne en 1965 que "la grande hystérie classique a gardé son importance numérique chez les sujets appartenant à des collectivités de bas niveau économique et culturel : en Afrique du Nord chez les autochtones", et encore que "les malades à niveau culturel plus faible ont plus fréquemment tendance à exprimer leurs troubles affectifs sous forme de conversion somatique".

ELLENBERGER rappelle à ce propos le facteur favorisant que peut représenter la tolérance du milieu : "la fréquence, la gravité, la durée de l'hystérie seront en grande partie fonction du degré de tolérance, sinon d'encouragement tacite, offert par l'entourage immédiat de l'hystérique et par le milieu culturel auquel il appartient".

Fréquence, gravité et caractère très spectaculaire semblent donc être étroitement liés et retrouvés à l'évidence dans l'exposé de nos cas et dans la littérature concernant ce sujet.

A l'inverse, pour d'autres auteurs, la prédisposition et partant de là, la personnalité hystérique, n'existe pas, ou bien se dissout et se disperse au point de devenir un facteur universellement retrouvé chez tout être humain. C'est ce qu'exprime SCHNEIDER lorsqu'il dit que "la personnalité hystérique serait beaucoup plus fréquente qu'on ne la diagnostique et passerait par des intermédiaires insensiblement de la personnalité normale idéale, laquelle pourrait aussi réagir, à certains moments, selon le mode hystérique". De même KRETSCHMER étendait le trouble hystérique qu'il préférait nommer "réaction primitive" à un mécanisme instinctif commun à tous les hommes. Cette position sera reprise et défendue par l'ensemble des écoles psychanalytiques, lesquelles, pour reprendre la formule de J. CAIN, auront "intérêt à placer l'étude de l'hystérie non pas tant sur le côté figé de sa structure que sur son sens en tant que mécanisme de défense du Moi".

4 - L'identité de la névrose avec l'hystérie "classique" :

Ayant repris ainsi les différentes thèses en présence, il nous paraît plus facile à présent d'en retrouver les divers éléments et fondements à partir de notre observation.

Il est bien certain par exemple que le milieu socio-culturel, décrit amplement plus haut, est des plus favorisant. Patriarcat rigide, statut de la femme très refoulant, ne lui permettant pratiquement pas l'expression extérieure de ses émois affectifs; éducation prédisposante, à base d'interdits et de répression particulièrement sévères, rites et coutumes instaurant

quasi systématiquement la situation traumatique (le mariage imposé, le jeûn préparateur, le dévoilement ultime de l'identité de l'époux, les cérémonies de vérification de défloration, etc...), tout semble concourir à l'expression du trouble. De même l'évolution culturelle actuelle, par la connaissance de l'aspect plus libéral du mariage occidental que celle-ci amène inévitablement, permet, ainsi que la souligne SUTTER, d'expliquer la recrudescence de ces troubles.

Pourtant, si l'on veut bien envisager le problème plus globalement on est bien forcé d'admettre l'identité profonde de la névrose avec celle présentée par les populations européennes. Car en fait, si l'on tente de dégager les traits fondamentaux de la pathologie observée de l'aspect plus anecdotique et à la limite exotique de notre étude, que retrouve-t-on ?

A l'origine du trouble et de façon permanente, une tension ou un conflit psychique à caractère sexuel prévalent, voire exclusif. Dans le déclenchement de l'accident une situation "traumatique", au sens large du mot, aux implications, réelles ou symboliques, également empreintes de sexualité. Un mécanisme symptomatique également évocateur correspondant très précisément à ce que la psycho-pathologie des névroses décrit sous le terme de "conversion somatique". Enfin et bien à l'évidence, la régularité du bénéfice secondaire de la névrose sur lequel nous avons par ailleurs insisté.

Aussi ne nous semble-t-il pas forcé d'admettre l'identité profonde, inscrite jusque dans le déterminisme psychopathologique, de la névrose observée en milieu musulman avec celle avec laquelle s'est trouvé et se trouve encore parfois confronté le clinicien en milieu occidental.

Nous rejoignons par là, en l'élargissant aux névroses, la conclusion de ROUMAJON étudiant le "Problème de l'identité des psychoses à travers les facteurs ethniques" lorsqu'il dit que : "les conduites instinctives empruntent leur forme à des structures sociales, à des habitudes de vie différentes selon les cas... ce qui varie avec les saisons, le climat, les conditions sociales et le type de civilisation, ce sont les comportements pathologiques qu'il serait probablement faux d'appeler accessoires mais qui sont indépendants du trouble primitif fondamental et des perturbations biologiques qui le conditionnent".

A partir donc de ce "trouble primitif fondamental" vont pouvoir se déployer autant de formes diverses empreintes et empruntées de la culture ambiante, formes différentes servant à exprimer un même désordre que l'on pourrait dire nucléaire.

Parmi nos descriptions proposées, nous ne retrouvons somme toute rien que de très classique, au sens chronologique du terme de la symptomatologie hystérique : paralysies de toutes sortes, mutisme, crises excito-motrices ... etc...

Là encore on pourrait rechercher la marque spécifique de la culture sur le pathologique et si nous écartons les manifestations hystérisiformes collectives, type Stembali que nous avons rejetées plus haut du cadre strict de l'hystérie, nous ne retrouvons en fait que des différences de fréquence dans la gamme des symptômes habituels de l'hystérie. On pourrait sur ce point reprendre les statistiques comparées des symptômes dominants en Suède, en France et en Tunisie, proposées par LEMPERIERE au Congrès de Lausanne en 1965 et conclure avec cet auteur en "un peu plus de formes bruyantes avec grandes crises et mouvements anormaux en Tunisie".

Par ailleurs la grossesse nerveuse, symptôme réputé classique en milieu musulman et très symboliquement relié à la notion de répudiation systématique de la femme stérile, n'a pu être retrouvé ni dans notre pratique ni lors de l'enquête que nous avons effectuée auprès de nos confrères. Et il paraît vraisemblable qu'un tel symptôme, s'il a pu être très fréquemment observé par le passé, l'est de moins en moins et que cette évolution semble s'inscrire dans un mouvement plus vaste et soumis à certaines lois que nous allons à présent aborder.

5 - La culture s'inscrit au niveau de la forme du trouble.

Il nous est apparu en effet intéressant de relever cette modification sensible et progressive de la pathologie à mesure que des transformations culturelles radicales s'opéraient et que la représentation traditionnelle du modèle médical se modifiait pour rejoindre progressivement le modèle médical moderne de type occidental.

Ce processus avait déjà été mis à jour par S.AMMAR et M.BAREK qui, en 1961, notaient que "ce ne sont plus les conversions hystériques grossières, mais les névroses de caractère et de situation si fréquentes en Europe qui vont progressivement apparaître chez nos adolescents" et concluaient que "le courant de libération de la femme, l'instruction des adolescents, les progrès de l'éducation sanitaire et le recul des pratiques traditionnelles du maraboutisme entrent ici directement en jeu".

En fait, ce déplacement de la symptomatologie que l'on pourrait qualifier de centripète, allant de l'expression corporelle manifeste aux désordres viscéraux internes de type psychosomatique, il semble en tout point semblable à celui que l'on a pu observer en France lors de ces dernières années. Il y aurait donc là comme un déterminisme évolutif répondant à certaines règles et à certaines causes.

Il semble en effet que l'on puisse établir un parallèle grossier entre le statut de la femme en Europe au début de ce siècle et celui de la femme tunisienne dans ces toutes dernières années. C'est un peu ce que suggèrent NACHT, DIATKINE et RACAMIER lorsqu'ils avancent que "l'interdit qui pesait sur la sexualité et surtout sur celle de la femme il y a cinquante ans, c'est à dire au temps de l'hystérie, s'est beaucoup assoupli".

De même nous avons vu combien la symptomatologie hystérique pouvait dépendre du modèle médical en vigueur et nous ne reviendrons pas sur la notion de "dressage" médical du sujet dénoncée par BABINSKI critiquant les observations de CHARCOT.

Il est bien certain que si les accidents, d'apparence gravissime, ont pu trouver matière à s'épanouir à partir de la fascination craintive qu'ils engendraient dans les populations incultes, ils ont du, par la suite, depuis l'implantation d'un encadrement médical de type occidental, battre en retraite devant le peu de crédit que le praticien "moderne" leur attachait.

Ce n'est pas pour autant que l'hystérie a disparu, et nous avons vu encore combien subsistent d'expressions spectaculaires du trouble, mais son langage s'est sensiblement modifié, s'intériorisant à mesure que s'amplifiaient les intolérances conjuguées de l'entourage et de la médecine moderne.

CONCLUSIONS

Partant de l'observation concrète de manifestations hystériques en milieu musulman tunisien et frappé par la fréquence et le caractère spectaculaire de celles-ci, nous nous sommes intéressé aux rapports reliant l'hystérie à la culture.

Nous avons dû pour cela, et dans un premier temps, envisager les bases et origines de la recherche ethno-psychiatrique ainsi que l'histoire parallèle du concept d'hystérie. A ce propos nous avons pu dégager les lignes de force de la pensée ethno-psychiatrique actuelle et par ailleurs mettre en évidence, à partir d'observations successives depuis la fin du siècle dernier, tant en milieu occidental que sur le terrain d'étude de la psychiatrie transculturelle, la notion d'hystérie maladie et indice de culture.

A partir de ces données historiques et conceptuelles, nous nous sommes efforcé de centrer notre étude dans une perspective authentiquement transculturelle, posant pour cela, en préalable, plusieurs principes méthodologiques qui nous semblaient fondamentaux, tout en dénonçant les dangers et impasses auxquelles nous nous trouvions parfois confrontés.

Ce n'est qu'ensuite que nous avons pu aborder plus concrètement l'étude du contexte socio-culturel de nos observations et faire l'exposé détaillé de celles-ci.

Cette étude socio-culturelle dynamique, englobant la période de mutation liée à l'accession de la Tunisie à l'indépendance, étude plus particulièrement centrée sur les statuts et rôle de la femme tunisienne,

nous a permis de mettre en évidence une structure sociale traditionnelle particulièrement rigide et fixiste aux prises, depuis l'Indépendance, avec une évolution culturelle rapide et radicale manifestement génératrice de conflits et de tensions. Cette mutation allait de pair avec une évolution parallèle de la symptomatologie hystérique à la fois dans le sens d'une plus grande fréquence et d'un appauvrissement symptomatique ainsi qu'en attestaient les témoignages de plusieurs auteurs et l'exposé de nos observations. Cela n'était pas sans nous rappeler l'évolution grossièrement similaire de la symptomatologie hystérique en France depuis le début de ce siècle.

Cette modification dans la forme des troubles mise à part, il nous a paru toutefois intéressant de noter plusieurs points :

- d'une part, les manifestations observées et décrites étaient, sans nul doute possible, envisagées et ressenties par l'entourage comme une maladie ou du moins comme un désordre nécessitant par là même le recours à une thérapeutique qu'elle soit traditionnelle (le sorcier, le marabout) ou plus moderne (le médecin). A ce propos, nous avons pu établir une distinction très nette avec d'autres types de manifestations que l'on pourrait dire hystériformes, crises de possession en particulier, mais qui ne semblent avoir que de lointains rapports purement formels, avec les accidents hystériques que nous avons pu observer.

- d'autre part, nos observations, confirmant en cela les études antérieures, retrouvaient la trame très générale du drame hystérique, tel qu'il est envisagé par la psychopathologie désormais classique. A savoir : conflit psychique à forte implication sexuelle, trauma déclenchant réel ou fantasmatique, symbolisme souvent éloquent, conversion somatique et bénéfices secondaires de la névrose.

De telles constatations reposaient pour nous le problème plus général du relativisme culturel et des notions de normalité et d'anormalité selon les cultures envisagées.

Sur ces deux points, nous étions bien forcés de conclure à l'identité profonde de la névrose observée avec celle que l'on décrit dans la pathologie mentale occidentale, étant encore une fois entendu que la maladie était envisagée comme telle par le milieu ambiant.

Si donc nous tentions de déterminer l'influence du culturel sur le pathologique, nous serions tentés de dire, dans le cas présent, qu'il ne s'agit que d'une empreinte assez superficielle, n'entraînant de modifications que dans la forme du trouble et semblant d'ailleurs évoluer selon un itinéraire assez voisin de celui suivi dans nos sociétés européennes à partir de la fin du XIX^e siècle, à mesure que se développe un encadrement médical fortement empreint d'une pratique et d'un savoir occidental moderne.

Il nous paraît pourtant essentiel de souligner une fois encore l'ambiguïté du problème posé. Si en effet l'hystérie semble représenter, d'après les données de la littérature ethno-psychiatrique, le type même de la névrose ou se retrouvent le plus clairement exposées les influences de la culture et qu'à ce titre elle en fournisse les plus précieux indices, il faut aussi faire remarquer que toutes ces recherches se fondent sur un savoir des moins assurés et des plus fluctuants.

LASEGUE disait déjà que "l'hystérie n'a jamais été définie et ne le sera jamais" et il semble bien que depuis lors, à partir de remises en cause souvent radicales, l'hystérie n'a cessé de faire problème.

Nous dirons donc pour conclure et pour replacer ainsi cette étude elle-même dans son cadre culturel, qu'elle ne peut avoir de valeur et de signification que dans la seule perspective d'une confrontation transculturelle, à la dialectique sans cesse renouvelée, d'où tout à priorisme devrait être radicalement banni.

Vu, le Président de Thèse
Pr. PICHOT

Vu, le Doyen de la Faculté
G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

G. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

AMMAR S.

Les désordres psychiques dans la société tunisienne.
Information psychiatrique.
Octobre 1964, p.605-612.

AMMAR S. et M.BAREK EZGEDINE

L'hystérie chez la femme tunisienne.
La Tunisie Médicale Vol.II, 1961, pp. 479-494.

AJURIA GUERRA J.(de)

Le problème de l'hystérie.
Encéphale, 1951, pp. 50-87.

AUBIN H.

Danses mystiques, possession, psychopathologie.
Evolution psychiatrique, 1948, n°4, p.192-215.

BASTIDE R.

Sociologie des maladies mentales.
Flammarion.

Sociologie et psychanalyse, PUF, 1950.

BENEDIKT R.

Types de culture.
Houghton and Mifflin. Boston, 1934.

BENOIT G.

Qu'est-ce que la psychiatrie transculturelle ?
Légitimité et racines de la psychiatrie transculturelle.
Information psychiatrique, oct. 1964,

BOUTILLIER H.

La psychiatrie de H.S.Sullivan.
Entretiens psychiatriques, t.6, 1961, Privat.

BRISSET Ch.

Le culturalisme en psychiatrie (étude critique).
Evolution psychiatrique, juillet-sept.1963.

BRISSET Ch.

Anthropologie culturelle et psychiatrie.
E.M.C. Psychiatrie, 1960, 37715 A 10.

COLLOMB H., M.DIOP, P. MARTINO, A. ZEMPLENI (Dakar)

Hystérie et crise de possession. Etude ethno-psychiatrique
chez les Wolof du Sénégal.

DESPINOY

Manifestations hystériques et culture.
Compte-rendu du Congrès des Médecins Aliénistes.
Lyon 1957, pp.231-239, Masson.

ELLENBERGER H. F.

Ethno-psychiatrie.
E.M.C. Psychiatrie, suppl.1965, 37725 A 10 et B 10.
Aspects ethno-psychiatriques de l'hystérie.
p. 131-144, Confrontations psychiatriques n°1, sept.1968.

FREUD S. et BREUER J.

Etudes sur l'hystérie.
PUF, Paris 1954.

FREUD S.

Cinq psychanalyses, PUF Paris 1954
Totem et tabou, Paris 1951
Malaise dans la civilisation, Payot, Paris, 1934.

FAVEZ - BOUTONNIER J.

La signification du complexe d'Edipe.
Entretiens psychiatriques, 1959, fasc.II.

GRESSOT

Les relations de transfert dans la médecine des cultures primitives.
Evolution psychiatrique, 1955, fasc.II.

HERSKOVITS M.J.

Les bases de l'anthropologie culturelle.
Payot, 1952.

HORNEY K.

La personnalité névrotique de notre temps.
Trad. franç. 52, L'Arche.

KARDINER A.

L'individu dans sa société.
Bibliothèque des Sciences Humaines. Gallimard, 1969.
Introduction à l'ethnologie. Coll.
Gallimard 1966.

LEMPERIERE T., PERSE J., ENQUIREZ

Symptômes hystériques et personnalité hystérique (étude clinique
et psychométrique).
Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue française.
Lausanne, 1965, Masson.

LEVY-STRAUSS Cl.

Tristes tropiques. Flon, p.183.
Structures élémentaires de la parenté, p.9.

LOUSSAIEF M.

Thèse Faculté de Médecine de Paris, 1965.

MALINOVSKI B.

La vie sexuelle des sauvages du nord-ouest de la mélanésie.
Payot, Paris 1930.
La sexualité et sa répression. Payot 1932.

MEAD M.

Le sexe et le tempérament chez trois sociétés primitives.
N.Y. 1935.

NACHT S., DIATKINE R., RACAMIER P.C.

Psychanalyse et sociologie.
Revue française de psychanalyse. 1957, n° 2.

PELICIER Y.

Intégration des données sociologiques à la psychiatrie clinique.
Rapport au Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue
française de Marseille, 1964, MASSON.

PICHOT P.

Histoire des idées sur l'hystérie.
Confrontations psychiatriques, n° 1, sept. 1968.

PIDOUX C.

Les états de possession rituelle chez les mélando-africains.
Evolution psychiatrique, 1955, f.2, pp. 271-283.

RACANIER

Hystérie et théâtre.
Evolution psychiatrique, 1952, fasc.2.

ROSOLATO

L'hystérie, structure psychanalytique.
Evolution psychiatrique, 1962, T.XXVII, Fasc.2, p.235.

ROUMAJON

Le problème de l'identité des psychoses à travers les facteurs
ethniques.
Evolution psychiatrique, 1956, n° 3.

SCHNEIDER P.B.

"Contribution à l'étude de l'hystérie". Second rapport au Congrès
de psychiatrie et de neurologie de langue française à Lausanne en
1965. Masson, Paris 66, T.I.

SUTTER, SUSINI

Psychoses nuptiales en Algérie.
Annales médico-psychologiques. Vol.117, 1959, p. 907-913.

VALABREGA J.P.

Anthropologie psychanalytique.
La Psychanalyse, n° 3, pp. 221-245.

WITTKOVER E.D.

Perspectives de la psychiatrie transculturelle.
Information psychiatrique. Oct.1964.
